LA

KINÈSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

TRAITEMENT SUÉDOIS DES MALADIES DES FEMMES

MÉTHODE DE TH. BRANDT.

RAPPORT

ADRESSÉ A

S. E. le Ministre de l'Instruction publique

COMMUNIQUÉ A

L'Académie de Médecine, le 26 juillet 1892

ET CONTENANT UN

PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE LA TECHNIQUE

PAR

Le Dr STAPFER

Ancien chef de Clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Paris
Chargé de mission en Suède, 1891

PRIX......... 2 francs

Extrait des *Annales de Gynécologie :* août, septembre, octobre 1892.

PARIS

MALOINE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1892

STAPFER



Extrait des **Annales de Gynécologie**, 1892. G. Steinheil, éditeur.



LA KINÈSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE (1)

TRAITEMENT SUÉDOIS DES MALADIES DES FEMMES

(Méthode de Th. Brandt)

Par **H. Stapfer**, ex-chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède, 1891.



I. — Préambule.

Depuis quelques années, on parle beaucoup de massage gynécologique. On en parle trop et pas assez. Trop, parce que la plupart des écrits qui le mentionnent sont inspirés par des travaux allemands, et qu'en Allemagne le traitement original suédois a été presque partout dénaturé. Pas assez, parce qu'il s'agit en réalité d'une découverte de haute importance, que l'intérêt des malades et de la science doit faire étudier à fond.

Pour entreprendre cette étude et m'acquitter de ma mission, j'ai fait deux voyages en Suède, l'un pendant l'été de 1891, l'autre à la fin de l'hiver 1892. Dans l'intervalle et depuis mon retour je me suis occupé de la question théorique, de la bibliographie déjà encombrée, et j'ai mis pratiquement à l'essai les notions que j'avais acquises.

C'est à Göteborg ou non loin de cette ville, dans une station balnéaire du nom de Marstrand que j'ai été initié à la

(1) Rapport adressé à S. E. le Ministre de l'Instruction publique, et devant l'Académie de médecine dans la séance du 26 juillet 1892.

méthode par le Dr Helleday, élève de Brandt inventeur du traitement. Le Dr Helleday est un praticien justement réputé en pays scandinave pour sa compétence scientifique et son honorabilité. Je me plais à lui rendre ici un juste hommage.

Cette année, je me suis rendu auprès du maître lui-même, auprès de Brandt que j'ai trouvé exerçant son art du matin au soir malgré ses soixante-quatorze ans. « Soyez le bienvenu, m'a-t-il dit. Je vous avais fait écrire de ne pas entreprendre ce long voyage, parce que je ne parle pas votre langue. Vous êtes venu quand même. Ce n'est pas ma bonne volonté qui vous manquera. »

En effet, Brandt après m'avoir envoyé un premier message pour me dire qu'il se tenait à ma disposition, m'en avait adressé un second dans lequel il me déconseillait de venir. Je suis parti quand même et ne l'ai pas regretté. Ne connaissant pas Brandt personnellement, et connaissant par contre le jugement sommaire porté jadis en France sur sa méthode, je m'étais demandé si son désistement de la dernière heure n'avait pas d'autre cause que l'obstacle matériel de la langue. C'était, en réalité, simple excès de scrupule d'un homme qui pousse la conscience à l'extrême, car — j'ai hâte de le dire — j'ai conçu pendant mon séjour en Suède, une singulière estime pour son élévation morale. On ne saurait, je crois, pousser la sincérité, le dévouement au bien, et le désintéressement plus loin que ce praticien qu'on vient consulter de tous les points de l'Europe sans qu'il ait jamais songé à s'enrichir.

Ce sont là des gages à la confiance. La probité scientifique peut se mesurer à la probité morale. Reste l'utopie toujours possible. Brandt est-il un utopiste ? Je viens de faire une première réponse à cette hypothèse. Si l'utopie existe, elle dure et prospère depuis plus de trente ans, période durant laquelle Brandt en pleine activité a vu parfois cent malades par jour à sa consultation. Si l'utopie existe, elle est en train de faire le tour du monde. C'est l'Allemagne qui la première accueillit les idées de Brandt. Il ne s'occupait guère que de

la propagande des faits, toujours plus éloquents que les brochures et les mémoires, lorsque l'université d'Iéna le fit venir et donna le baptême officiel à sa méthode. Il est naturel que les sympathies de Brandt soient acquises au corps professoral qui l'a consacré. Aussi ai-je été touché de la façon dont il m'accueillit malgré son grand âge, moi qui, sur 86 médecins venus à Stockholm pour étudier sa méthode, étais le premier Français d'origine. J'ai été touché, dis-je, mais non étonné. Professeurs de faculté, médecins praticiens, tous ont tenu à me témoigner ou le souvenir qu'ils avaient conservé de notre école à laquelle plusieurs se sont formés, ou la haute estime dont ils honorent la science médicale française, ou simplement la sympathie populaire que les Suédois, ces Français du Nord, conservent pour notre pays.

Je tenais à m'enquérir de l'opinion du corps médical et surtout de ses membres les plus autorisés sur leur compatriote, professeurs, agrégés de la Faculté, assistants ou privat docent de l'Institut central et des policliniques, et je la résume, pour l'honneur de la Suède, dans ces mots de l'un des gynécologues les plus autorisés de Stockholm : « les bienfaits de la méthode de Brandt ne sont plus discutables » ; mais je m'aperçus vite que si son mérite n'était plus contesté il était volontiers diminué par beaucoup de praticiens. La chose s'explique aisément. Un reste de vieux levain fermente encore contre lui. Nul n'est prophète dans son pays quand il est séparé de l'Église. Or Brandt n'est pas docteur. Il appartient à une catégorie de médecins spéciale à la Suède, catégorie comparable à celle de nos officiers de santé avec une instruction et surtout une situation sociale supérieures. Les docteurs scandinaves ont de la peine à avouer que *quelque chose de bon puisse venir de Nazareth.* Malgré l'éloquence des faits, malgré le brevet donné par l'Allemagne, malgré l'honneur fait au pays, ils ne se résignent pas tous à reconnaître la supériorité d'un empirique.

Combien de Français auraient été Suédois sur ce point?

On ne devrait pas oublier que les qualités d'observation

ne se mesurent pas aux titres acquis, et la vanité doctorale se trouverait bien de méditer ces paroles de Priestley qui, lui aussi, fut un grand aventurier de la science : « il arrive à la chasse, que ceux qui ont le plus battu le terrain, et qui par conséquent le connaissent le mieux, se fatiguent inutilement sans faire lever le gibier, qui peut partir dans les jambes d'un simple promeneur ». Un jour la Suède entière s'honorera du nom de Brandt.

II. — Historique et critique bibliographique.

Voici la curieuse origine du traitement. En 1847, quatre ans après que Brandt eut terminé ses études de médecin-gymnaste à l'Institut central de Stockholm, un homme atteint de chute récente du rectum réclama ses soins. Il n'y avait pas de docteur dans la localité où Brandt exerçait. Désireux de soulager ce malade, il pensa que s'il réussissait à exercer des tractions de bas en haut sur l'S iliaque, il remettrait peut-être les choses en place. Utilisant les notions anatomiques et physiologiques qu'il possédait, il fit prendre à cet homme une position analogue à celle qu'on donne pour l'opération de la taille périnéale, mais en relevant un peu le tronc de façon à rapprocher les côtes de la symphyse pubienne pour faciliter le relâchement de la sangle abdominale. Puis il se mit à droite du malade et lui recommandant de ne résister nullement, de se laisser aller, de respirer à l'aise, il enfonça avec prudence, mais très profondément la main dans la fosse iliaque gauche. Alors faisant cheminer les doigts, et entraînant le paquet intestinal dans la direction de l'épaule droite, avec un léger mouvement vibratoire il eut la satisfaction de voir que son idée n'était pas une chimère. Le rectum rentra dans l'excavation et y resta. *Cette manœuvre d'***élévation viscérale** *devait devenir plus tard une des inventions les plus originales de Brandt dans le traitement des affections du bas-ventre de la femme.*

A la même époque, Brandt traitait un grand nombre de

femmes par le massage général combiné avec la méthode gymnastique de Ling. Parmi elles, il en voyait beaucoup atteintes de diverses misères que la sience doctorale ne guérissait pas. Toujours dans la pensée de soulager — ç'a été, je crois, la préoccupation dominante de sa vie — il chercha à se débrouiller dans le chaos des affections gynécologiques. L'une d'elles, la plus simple, toute mécanique, d'un diagnostic aisé, de même nature et de même nom que l'affection guérie par lui en 1847, captiva d'abord son attention. Je veux parler du prolapsus utérin. Il se mit à étudier la configuration, les rapports et surtout les moyens de fixation des organes génitaux et il lui vint cette idée bizarre, en contradiction avec ce que nous savons ou croyons savoir des causes du prolapsus, qu'il suffirait d'élever l'utérus comme il avait élevé le bout inférieur de l'intestin pour le faire rentrer définitivement et le remettre en place. Le 10 août 1861, il put exécuter son projet. Il fit pénétrer ses deux mains ouvertes et en supination au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, saisit le corps de l'utérus et l'éleva doucement. Cette manœuvre fut répétée le lendemain et les jours suivants et en peu de temps le miracle fut obtenu. La réduction se maintint. Brandt pensa que ce qui avait réussi pour un prolapsus réussirait à plus forte raison pour de simples abaissements. Il eut plus de succès que d'échecs.

Le scepticisme avec lequel ces faits furent accueillis se devine. Cependant plusieurs étaient hors de contestation, en particulier celui de la femme sur laquelle fut inauguré le traitement. Elle portait l'utérus prolabé dans un filet. Point n'était besoin de compétence professionnelle pour un tel diagnostic ; mais la plupart des médecins haussèrent les épaules sans rien examiner. Quelques-uns seulement se donnèrent la peine de réfléchir, d'aller voir, et d'expérimenter eux-mêmes. Le Dr Levin fit une communication à la Société de médecine de Stockholm. Une discussion suivit et certains faits ne paraissant plus contestables, on contesta la nouveauté

du procédé. Il était cependant, certes, assez original; mais c'est la marche ordinaire de la critique envieuse.

Hartelius, professeur à l'Institut central, esprit droit, prit la défense de son compatriote (1) et lui donna le judicieux conseil de faire précéder tout traitement d'une exploration minutieuse et d'un diagnostic exact contrôlé par les médecins. Or, la majorité de ceux-ci refusa le contrôle et la minorité fut si violemment critiquée par la presse, que Brandt n'osa plus exposer ses amis à pareille mésaventure : « Je me contenterai, disait-il, de la guérison des malades. Heureusement, c'est quelque chose ».

Il sut mettre à profit les conseils d'Hartelius. Toutes les abandonnées de la gynécologie — et il n'en manquait pas alors — affluant chez lui, il s'exerça au diagnostic, se créa une méthode d'exploration et acquit une prodigieuse habileté. Peu à peu, et par une expérience toujours croissante, il conçut tout un traitement fondé sur l'exactitude et la finesse du diagnostic. Il s'aperçut que par le massage direct de l'utérus on modifiait son volume, sa consistance, ses sécrétions, que par les manœuvres d'élévation on rendait dans certaines circonstances aux ligaments leur tonicité, que les organes adhérents pouvaient être dissociés et rendus libres. Au massage, il joignit comme moyen curatif en les modifiant, les divers mouvements gymnastiques de Ling, et puisa dans ses succès cette confiance que les confrères lui avaient refusée. Sa seule satisfaction était de guérir ce qui était réputé inguérissable et peut-être aussi, à mesure qu'il passait maître dans l'exploration, de rectifier quelques-uns de ces diagnostics dont on lui avait refusé l'attestation écrite.

J'ai dit que Brandt se contentait de la propagande des faits. Je me trompe. En 1864, il avait publié une brochure : affections utérines et prolapsus (2). En 1868, il en publia une seconde et — chose curieuse — notre pays en eut la primeur.

(1) Hygiæa. — *Journal Suédois*. Mars, 1865., p. 53.
(2) Pour toute la bibliographie, consultez l'index.

sième et quatrième mémoire sur le massage des affections de l'utérus et des annexes en 1889, 1891 et 1892. Quatorze ans séparent les premières monographies des dernières en raison de l'accueil fait à celles-là. Norström n'en reprit le cours qu'après l'adoption de la méthode de Brandt par l'Allemagne. Il s'enhardit alors et publia une série d'observations prises pour la plupart dans le service du Dr Péan, à l'hôpital St-Louis. Quelles que soient les critiques qu'on puisse faire de ses ouvrages, ils ont une valeur documentaire, et Norström est chronologiquement, après l'opuscule original de Brandt, le premier qui ait cherché à introduire en France *une sorte* de massage gynécologique, mais il n'a pas rendu hommage à son compatriote, et s'est constamment écarté de ses principes.

Les principes de la méthode suédoise ont fait le sujet d'un livre publié par Brandt en 1884 à Stockholm. Je tenais beaucoup à le connaître, car c'est le seul qui soit écrit de sa main. D'autres ont été publiés depuis en Allemagne, et d'après ce livre, avec des changements, des corrections et même des perfectionnements ; mais ils ne sont plus de l'homme même et je voulais connaître l'homme même. On me déconseillait ce travail comme au moins inutile. « Le livre, me disait-on, est mal fait ; il n'a rien de scientifique ; certains passages sont incompréhensibles. » J'ai tenu bon. Point n'est besoin de voir un médecin à l'œuvre pour juger s'il est observateur et clinicien. Un livre de sa composition, parfois une simple communication suffisent. Si Brandt avait, comme je le croyais, ce sens inné, ce don qu'on appelle esprit clinique, son livre, fût-il imparfait, devait en porter le sceau, comme il devait garder le reflet de sa stricte probité. Je ne m'étais pas trompé. J'accorde que le livre est mal construit, incomplet, nullement didactique et qu'il manque de plan et d'ensemble, mais la science médicale consiste avant tout dans l'obser-

---

culum est inconvenant, toute la gynécologie et la tocologie sont inconvenantes. Quant au danger d'excitation génitale, *tout, dans la méthode de Brandt, est combiné pour le conjurer.*

vation et, à ce point de vue, le livre de Brandt est génial. Seulement dans l'intérêt même de la méthode et pour sa propagation, il était nécessaire de refondre l'ouvrage qui en définitive a gagné à ces remaniements dont les élèves de Brandt et Brandt lui-même se sont chargés.

C'est en 1886 que l'université d'Iéna invita Brandt à venir prouver au lit des malades que son traitement n'était pas une utopie. Schultze fit cette proposition, sur la demande de Profanter, que le bruit des guérisons opérées par Brandt avait attiré à Stockholm. Le voyage de Profanter eut lieu dans l'hiver de 1885 à 1886. Après avoir constaté l'excellence de la méthode, il demanda à Brandt s'il ne consentirait pas à venir en Allemagne pour la soumettre au contrôle de l'autorité gynécologique du professeur Schultze. Brandt accepta et, au mois de novembre 1886, se rendit à Iéna avec le Dr Nissen, son élève, une aide femme, Mlle Johanson, et le Dr Profanter. On réunit seize cas divers dont on demanda d'abord à Brandt le diagnostic. Malgré le témoignage de Profanter, l'incrédulité générale et même le parti pris d'opposition de quelques médecins présents dominaient. « Sait-il seulement faire un examen, disait-on ? »

Brandt examina à sa façon et sans chloroforme. Les Allemands examinèrent à leur tour, à leur façon, et pendant la narcose. Grande fut leur stupéfaction. L'empirique par sa palpation et son toucher fins et délicats, était arrivé, en pleine veille, en pleine résistance des malades, aux mêmes résultats que les gynécologues de profession par l'exploration bimanuelle forcée, en pleine résolution. C'était à croire que ses doigts avaient des papilles spéciales. « Il explorait les ovaires aussi bien que nous, dit un témoin oculaire allemand, Skutsch. Ses diagnostics avaient la précision des nôtres. Il examinait avec une aisance remarquable les cas les plus difficiles. » Bref, on nota par écrit l'état des malades. Le professeur Schultze fit des dessins schématiques ; puis les femmes furent confiées au traitement suédois dont les effets restaient à démontrer.

les résultats obtenus étaient comparables à ceux de la plus heureuse opération chirurgicale.

Après ces officielles preuves de sa découverte, Brandt rentra dans son pays presque aussi obcurément qu'il en était sorti. Le bruit qui était né et qui grandissait en Allemagne autour de son nom était cependant parvenu jusqu'en Suède; il se renforça plus tard par les rumeurs de la presse germanique, mais les médecins suédois, qui se tiennent avec un soin remarquable au courant des moindres productions étrangères, semblèrent peu soucieux de cette découverte nationale que les Allemands proclamaient. Un peu plus de justice et de considération aurait honoré la patrie d'Olaüs Rudbeck, de Retzius, de Ling, de Berzélius et de Linné.

Les médecins allemands accoururent à Stockholm et se mirent à l'école de Brandt. Bientôt, de nombreuses brochures, articles de journaux, leçons officielles, observations variées, parurent à Vienne et à Berlin. Ces publications sont postérieures pour la plupart, au mémoire de Profanter que précède une préface de Schultze. Quelques-unes cependant et d'autres d'origine différente, sont antérieures, comme celles de Prochownick qui, plus tard, a réuni en un volume ses expériences personnelles et ses résultats. Il s'est créé une méthode toute différente de celle de Brandt qu'il paraît mal connaître. On formerait aisément deux autres volumes avec le reste des travaux allemands. Il y a dans ce pays une sorte de démangeaison de se voir imprimer. Tous les auteurs, à l'exception unique, je crois, du professeur Schauta, dénaturent le traitement suédois. Quand l'erreur d'un écrivain consiste seulement en faits cliniques insuffisamment décrits ou mal constatés, le lecteur, s'il a l'intelligence critique, fait vite la part des valeurs et des non-valeurs ; mais quand l'erreur est commise sur les principes mêmes d'une méthode, elle risque de s'accréditer et de faire tort à la méthode, à son inventeur et aux malades. Je sais par expérience combien il est difficile à un étranger de s'assimiler les idées et la manière de Brandt; je ne voudrais pas me poser

en redresseur de toutes les fautes publiées et je n'ai pas la prétention de posséder *intellectu manuque*, un traitement qui est l'œuvre de trente ans d'expérience ; mais déjà maintenant, je suis en mesure de prouver que dès l'apparition des premiers travaux sur le sujet, on a tronqué la méthode. Prenons par exemple un bon livre allemand, le livre *princeps*, à dater du séjour à Iéna, celui de Profanter. Ce n'est qu'un recueil d'observations ; la méthode n'est pas décrite. Il semble donc hors de critique à cet égard ; mais son titre seul prouve que l'auteur n'a pas saisi l'ensemble du traitement. Il est intitulé : Le massage en gynécologie. — *Die massage in der Gynækologie.* — Or, le massage n'est qu'une fraction du traitement et, de plus, dans le massage même et dans l'exploration, la plupart des Allemands ne se conforment pas à la technique suédoise.

Deux éditions de l'ouvrage de Brandt ont été imprimées en Allemagne, l'une à Vienne, l'autre à Berlin. La traduction viennoise du Dr Resch sabre les chapitres relatifs à la gymnastique, et pour le reste est souvent inexacte, mais dans quelques bonnes parties on retrouve les qualités du livre original. La traduction de Berlin est une transformation à laquelle un docteur suédois, Lindblom, élève de Brandt, a pris part. Elle est plus complète que l'ouvrage suédois et Brandt la considère comme supérieure. En ce moment, le professeur Schauta s'occupe d'une nouvelle refonte dont Brandt a fourni les matériaux. Le texte a été mis en allemand à Upsal. Ce sera le meilleur livre, suivant lui.

Les travaux suédois, très peu nombreux, se bornent à quelques monographies : une du Dr Nissen ; une autre du Dr Josephson et deux du Dr Lindblom. Ces dernières ont été publiées en allemand.

Les travaux français se composent, outre ceux de Norström, d'un article du Dr Goldspiegel-Sosnowska qui s'est louablement efforcé de donner une idée des principales pratiques de Brandt, et d'ouvrages Genévois : le mémoire de Vuillet peu conforme à la pratique suédoise et le livre des Drs Jentzer et

Bourcart, trop schématique, mais dont les auteurs, soucieux des principes gymnastiques, ont cherché à être exacts et à faire valoir l'importance des mouvements musculaires. Je ne dois pas oublier le Dr Stas, d'Anvers, qui a communiqué à la Société de médecine de cette ville la traduction de l'ouvrage de Resch. Quant à nos traités de gynécologie, ou bien ils ne mentionnent pas la méthode de Brandt, ou bien ils déclarent ne pas la connaître, ou bien ils en nient les résultats, ou bien ils en donnent une description moitié tudesque, moitié fantaisiste.

J'aborde maintenant l'étude du traitement.

Les chapitres qui suivent sont le résumé des notions générales de pratique, acquises par moi en une seule année. Je ne prétends pas n'avoir commis aucune erreur, aucun oubli. Je prétends seulement donner une vue d'ensemble de la méthode telle que je la conçois aujourd'hui, et j'ajoute, une vue clinique. Les schémas, les théories, la bibliomanie et les statistiques ne sont pas mon affaire. On ne doit point juger cette brochure avec la sévérité d'un traité didactique que plusieurs années de travail peuvent seules mener à bien.

III. — Traitement.

Dénomination. — Je l'appelle kinèsithérapie *pour faire comprendre qu'il n'est pas uniquement constitué par le massage.*

Définition. — La kinèsithérapie gynécologique est l'art de guérir les troubles fonctionnels et les maladies des femmes, en agissant sur les organes génitaux et leur circulation, par des mouvements (κίνησις) tantôt directs (massage, élévation), tantôt indirects (gymnastique).

But. — La kinèsithérapie gynécologique a pour but **la libération des organes génitaux et le rétablissement de leur intégrité anatomo-physiologique, sans opération tranchante, sans appareils chirurgicaux, sans médication, sans repos absolu ni prolongé.**

Tel est l'idéal visé ; on l'atteint dans plus d'un cas.

Durée. — Elle est fort variable; exceptionnellement courte ; parfois très longue ; trois mois en moyenne. En général, plus l'affection est ancienne, plus les progrès sont lents.

INDICATIONS

Le traitement est indiqué par les simples troubles fonctionnels, par les déviations organiques, déplacements de l'utérus et de ses annexes, prolapsus, versions et flexions qui altèrent la santé ; par les adhérences et fixations anormales, par la brièveté acquise ou la contracture des ligaments, par leur défaut de tonicité, par les exsudats péri et paramétritiques, lymphatiques et sanguins, par les inflammations chroniques et subaiguës du parenchyme et de la muqueuse du corps et du col utérin, formes multiples de la métrite et ses conséquences, leucorrhée, hémorrhagies, fongosités et ulcères, par les inflammations chroniques et subaiguës des ovaires et des trompes, oophorites, périoophorites et salpingites ; enfin, par tout ce qu'on peut réunir sous le nom de misère gynécologique, misère telle dans certains cas, que le praticien à bout de ressources, se décide après temporisation à des opérations plus ou moins graves qui ne réussissent pas toujours et parfois compromettent ou suppriment la vie génitale.

CONTRE-INDICATIONS

Le traitement est contre-indiqué, *relativement*, par l'état aigu ; *absolument*, par la purulence et les néoplasmes malins ou bénins. Sont exceptées cependant dans cette dernière catégorie, les petites et moyennes tumeurs utérines dont l'élimination ou l'atrophie pourrait être favorisée par la méthode suédoise ou qui seraient la source d'accidents qu'elle conjure ou atténue. Tels sont certains polypes et leurs hémorrhagies.

CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR ÊTRE BON OPÉRATEUR

Outre la connaissance exacte des mouvements gymnastiques spéciaux institués par Brandt, d'après les principes

généraux de Ling, outre un tact exercé et l'habitude du diagnostic, toutes choses qui s'acquièrent par la pratique et se perfectionnent singulièrement par l'application rigoureuse de la méthode, le médecin doit avoir des qualités de main particulières, grande souplesse articulaire, écart considérable du médius et de l'index de *la main gauche qui seule sert au toucher.*

La main droite exclue de l'exploration interne, l'extension de tous les doigts au lieu de la flexion du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire en usage dans tous les pays, m'ont frappé et même choqué lors de mon premier voyage, et à l'arrivée, comme une bizarrerie ; mais j'ai vite compris l'utilité de cette attitude, pour une pénétration profonde, et ce que faisait gagner l'écart du médius et de l'index. Je fus surpris de voir que le Dr Helleday dont les doigts étaient moins longs que les miens, explorait plus haut et plus loin. J'examinai ses mains et je constatai qu'il obtenait à force d'habitude et par le seul effort musculaire, sans pression adjuvante, un écart du médius et de l'index supérieur au mien de près de trois centimètres. Cela s'acquiert encore par l'exercice, fort heureusement, car par la grandeur de cet écart on atténue dans une certaine mesure, mais dans une certaine mesure seulement, un inconvénient presque irréparable. Je veux parler de la brièveté naturelle de l'index. Inutile de songer à pratiquer le traitement quand on a des doigts courts, et c'est ce qui fait l'infériorité de la plupart des femmes dans ce genre de pratique, autant et même plus que le défaut de force. Brandt doit en partie son extraordinaire habileté à sa conformation physique. Ses mains ont une mollesse, une flaccidité qui frappent la première fois qu'on les saisit, et son index mesure de l'interligne articulaire métacarpo-phalangien à la pulpe, dix centimèt., c'est-à-dire huit millimèt. de plus que la moyenne générale, même chez les hommes de sa taille, que j'évalue approximativement à 1 m. 80 c. Je donne la longueur absolue de l'index de Brandt, la longueur du squelette. Elle représente à peu près chez lui

la longueur utile. Celle-ci doit être mesurée du milieu du pli inter-digital refoulé en arrière. Ce pli et la petitesse d'écart, du médius et de l'index font perdre plusieurs millimètres de longueur ; mais par l'exercice on regagne le terrain perdu. Donc, bien que les dimensions congénitales du doigt aient une grande importance surtout quand le bassin est profond, et les tissus gras ou résistants, on peut, à condition de se conformer à la technique Suédoise, devenir habile praticien, avec un index moyen, un peu d'adresse, beaucoup de patience, et l'esprit d'observation qui enseigne comment en modifiant l'attitude de la femme, on parvient à atteindre des organes qui semblaient inaccessibles.

Le traitement de Brandt n'exige aucun appareil, aucun instrument spécial. Une chaise longue et un tabouret forment tout l'attirail, les doigts, les seuls outils ; cependant pour un traitement complet on ne saurait se passer d'aide. C'est l'unique complication de toute cette simplicité mais c'est une réelle complication. Un aide suffit. Il doit avoir l'expérience non seulement des exercices musculaires, mais de la manipulation spéciale dite élévation de l'utérus. On choisit d'ordinaire une femme. Elles sont très aptes à bien faire l'élévation. Dans le choix de l'aide il faut encore avoir égard à la conformation de la main ; mais point n'est besoin de longs doigts. Au contraire, une main courte et mousse est préférable.

RÈGLE DU TRAITEMENT

Les séances sont d'ordinaire quotidiennes. Toute interruption prolongée est préjudiciable. On ne les suspend pas pendant la menstruation, surtout en cas d'adhérences, pour bénéficier de l'assouplissement des tissus auquel ce phénomène prédispose comme la grossesse. Il est préférable que la malade se rende chez le médecin, car en principe elle ne doit pas s'aliter, et faire chaque jour un exercice proportionné à ses forces. Le rectum doit être vide autant que possible *en tous cas* la vessie, et la diges-

tion faite. Les séances se composent, si le traitement est complet : 1° de mouvements gymnastiques ; 2° du massage et de la manœuvre d'élévation ; 3° de mouvements gymnastiques.

Chaque traitement est précédé et chaque séance est accompagnée de l'exploration, **qui doit être pratiquée suivant la méthode créée par Brandt ; position de la main de l'opérateur ; attitude de la femme.**

EXPLORATION

Je considère la position de main de Brandt comme une véritable trouvaille. Je ne sache pas que d'autres l'aient imaginée, ou du moins l'aient décrite avant lui. En tous cas elle n'est pas classique. Elle mérite de le devenir, pour l'exploration gynécologique. Au premier essai, comme toute chose nouvelle elle paraît incommode; **il faut s'y habituer.** *Alors on constate sa supériorité.*

J'ai raconté comment les médecins allemands à Iéna avaient été surpris de voir à quelle précision de diagnostic Brandt parvenait sans employer la narcose. Le fait mérite réflexion. *Ce n'est pas seulement par la position de la main, par l'habileté, par la patience et la douceur que Brandt arrive à ce résultat* : **c'est par un certain degré de massage**, sur lequel j'insisterai et qui accompagne toute exploration. Il a pour effet d'atténuer puis de supprimer la douleur ou, en tous cas, les hyperesthésies gênantes, et de vaincre les résistances. Alors pourquoi employer le chloroforme ? Pour aller vite ? La rapidité du diagnostic n'a, d'ordinaire, aucune utilité et n'est pas toujours possible dans le genre d'affections que vise le traitement. Donc il vaut mieux ne pas employer la narcose qui souvent ne hâterait rien, et qui peut supprimer d'utiles éléments de diagnostic.

La force est formellement exclue de toute bonne exploration gynécologique ou obstétricale. Il est un axiome de mécanique que j'ai métamorphosé pour mon usage d'accoucheur

et dont l'étude du traitement suédois me fait encore plus apprécier la justesse. Cet axiome est le suivant : *ce que l'on gagne en force on le perd en finesse.* Douceur, patience, longueur de temps, au besoin massage préparatoire, tels sont les moyens qui permettent de vaincre les résistances. Il n'y a guère que les difficultés dues aux épaisseurs adipeuses dont on ne vienne pas à bout.

L'examen se fait : 1° dans la station verticale ; 2° dans le décubitus. *Le médecin est toujours assis.*

Je n'ai pas à décrire ici les précautions d'usage, en particulier les soins germicides. Le médecin sera particulièrement exigeant pour lui-même (1), et j'insiste sur une petite mais excellente mesure préventive. Il ne se contentera pas de tremper son index dans le pot de vaseline et de l'introduire immédiatement dans les cavités, laissant au corps gras antiseptique la liberté de se répandre au hasard et inégalement sur la peau. Il l'oindra soigneusement, de la pulpe à la racine et au delà de la racine, en frottant avec un doigt de l'autre main pour imprégner les sillons et faire pénétrer la graisse dans les sillons et les orifices glandulaires. De cette façon il se désinfectera plus facilement par les lavages, après contact de produits septiques ; les malades en bénéficieront et lui-même évitera les folliculites (2).

J'ai dit que l'examen se faisait *d'abord dans la station verticale.* Donc la femme est debout, habillée, mais *le cor-*

---

(1) J'emploie soit la solution de biiodure ioduré en usage à la clinique Baudelocque, soit la solution de sublimé, chlorure de sodium, sulfate de cuivre et acide tartrique qui est toute préparée dans le commerce sous le nom de chlorol-marye ; mais j'ajoute à l'une ou à l'autre de la glycérine pour empêcher le dessèchement de la peau et les excoriations.

(2) J'ai eu l'occasion dans un article de l'*Union* (24 mars 1891), en décrivant l'antisepsie de la femme enceinte, parturiente et accouchée, de montrer combien il était difficile d'aseptiser le doigt après contact de matières infectieuses, et par quelles précautions on pouvait le purifier promptement. Le petit moyen que j'indique ici, et qui n'est pas nouveau, puisqu'on le recommandait jadis pour préserver des virus syphilitiques, est certainement l'un des plus sûrs et des plus simples.

sage et le corset dégrafés jusqu'en haut, les jupes dénouées et lâches. Elle doit respirer à l'aise. De la main droite elle tient ses jupes, la gauche s'appuie sur l'épaule droite du médecin assis devant elle, et lui transmettra les impressions douloureuses qui seraient ressenties au cours de l'exploration.

C'est avec la main gauche que le médecin touche. Il a graissé non seulement l'index, de la façon que j'ai décrite, mais le bord radial du médius, le pouce et les plis interdigitaux correspondants. Son bras étant passé sous les jupes, l'index pénètre dans le vagin. Tous les doigts sont dans l'extension ; le médius loge son bord radial dans le sillon interfessier, l'annulaire et l'auriculaire embrassent la convexité de la fesse gauche, le pouce est à un centimètre environ du vestibule, le bord cubital de l'index déprime la commissure postérieure. **Cette position de la main est la même pour l'exploration et le massage.** J'ai insisté sur ses avantages, et j'ajoute qu'elle épargne aux femmes les douleurs que cause une forte pression de l'angle de flexion des trois derniers doigts fléchis et fermés dans la paume, suivant l'ordinaire coutume.

De sa main droite qui est libre le médecin soutient la région lombo-sacrée.

Au toucher vaginal succède le toucher rectal qui permet d'explorer la presque totalité de la face postérieure de l'utérus, les replis de Douglas, le sacrum, les parties latérales du bassin et de percevoir les ovaires disloqués ou adhérents, les trompes prolabées qu'on ne saisirait pas par une autre voie. On combine aussi avec avantage le toucher rectal au toucher vaginal dans certains cas, l'index et le pouce étant introduits simultanément, celui-ci dans le vagin, celui-là dans le rectum. Le toucher vaginal et rectal simples ou combinés, dans la station debout, alors que les viscères et les mouvements respiratoires exercent leur pression ordinaire sur les organes, est un utile appoint à la palpation bimanuelle.

Celle-ci est vagino-abdominale ou recto-abdominale, ou vagino-recto-abdominale.

Elle se pratique dans le décubitus dorsal ; mais non dans le décubitus dorsal à plat. La situation de la femme est exactement celle d'une parturiente à l'heure d'expulsion, quand le dos n'est pas horizontal, mais un peu relevé par des oreillers. L'inclinaison du dos doit être telle que le paquet intestinal ne soit pas entraîné dans le pelvis par la pesanteur, et puisse être refoulé avec la main vers le haut de la cavité abdominale ; en un mot, juste ce qu'il faut pour rapprocher les côtes du bassin et relâcher la sangle musculaire. Pour obtenir le maximum du relâchement, le médecin ne négligera aucun moyen. Tel est la latéroflexion du tronc avec inclinaison de la tête du même côté. Cette attitude détend les obliques, et facilite l'examen du ligament large sous-jacent (conseil de Brandt). Notre vieille coutume française de faire placer en arrière des ischions, sous le sacrum, les poings fermés et verticaux de la malade, rend à mon avis un signalé service dans la pratique de la méthode suédoise. Pour épargner la fatigue on peut les remplacer par un coussin dur.

Donc la femme est étendue dans la situation dépeinte, sur une chaise longue sans bras, à dossier incliné, très ferme, les jambes et les cuisses à demi fléchies, en légère abduction. Détente absolue de tout le corps. On l'obtient presque toujours, même chez les nerveuses, *à force de patience*, par l'attitude, l'accoutumance et le massage préparatoire.

Le médecin, toujours assis sur son tabouret, contre la chaise longue, du côté gauche, vis-à-vis des hanches et des cuisses de la malade, un peu plus haut, un peu plus bas, selon nécessité, les jambes écartées pour se rapprocher davantage, mais, avant tout, commodément installé, le médecin, dis-je, passant l'avant-bras gauche sous la cuisse gauche de la femme, introduit **un seul doigt**, l'index gauche, dans le vagin et place sa main dans la position à laquelle restera attaché le nom de position de Brandt.

Beaucoup de médecins, surtout à l'étranger, ont l'habitude de faire l'exploration interne avec l'index et le médius. Ils croient gagner ainsi 1 cent. de longueur. Leur illusion est certaine, s'ils placent la main dans la position de Brandt, parce que l'écart entre le médius et l'annulaire est d'ordinaire moindre qu'entre l'index et le médius. S'ils emploient la méthode commune, ils gagnent moins en réalité qu'en apparence, parce que la flexion énergique, isolée, du petit doigt et de l'annulaire est plus difficile à maintenir que la flexion du petit doigt de l'annulaire et du médius réunis, et en tous cas l'effort nécessaire et le fait seul de la réunion des deux doigts enlèvent au tact de sa finesse. De plus, comme le fait remarquer Brandt, avec deux doigts on élargit le vagin et à travers sa voûte tendue les sensations perçues sont moins nettes.

Pendant l'exploration bimanuelle comme pendant le toucher simple, la femme conserve tous ses vêtements, flottants et lâches. La main libre de l'opérateur se pose à nu sur le ventre, qu'il est inutile de découvrir. Cette main libre est la main droite. Je me suis demandé s'il n'y aurait pas avantage à se servir alternativement de l'une et de l'autre comme nous le faisons en obstétrique, l'index gauche explorant mieux la moitié droite du pelvis et l'index droit la moitié gauche. J'ai essayé, je n'ai pas réussi. Il faudrait que le bras gauche fût aussi fort que le droit.

Je dis fort; je devrais dire habile, puisque je parle en ce moment de l'exploration. *Dans le massage il faut quelquefois employer la force bien réglée : jamais dans l'exploration, qui est œuvre de dextérité.* Si l'index qui touche ne pénètre pas assez loin, s'il perd constamment et peu à peu du terrain par l'élasticité et l'épaisseur des tissus qui repoussent le pli interdigital du médius et de l'index, on fixera le coude en l'appuyant sur la cuisse gauche. On supprimera ainsi, on diminuera l'effort qui nuit à la délicatesse des sensations. De même avec la main extérieure, celle qui palpe, on ne doit pas déprimer d'emblée et rapidement les tissus, mais lentement, progressivement et en les faisant trembloter.

Si on ne réussit pas, si la malade ne sait pas ou ne peut pas respirer posément, si elle tend ses muscles abdominaux, et surtout si elle souffre, on accoutume en une ou plusieurs séances quotidiennes mais courtes, cette paroi rebelle dont la pression exagère la contraction ou la souffrance, et par degrés on arrive au but. On n'échoue d'ordinaire que faute de patience ou si l'adiposité est trop grande ; cependant certaines malades arrivent difficilement à respirer avec le calme indispensable, ou ont une affection douloureuse du tissu cellulaire, décrite en Suède et que j'étudie actuellement. Un massage spécial la guérit.

On explore successivement l'utérus, le paramètre et les organes y contenus. L'opérateur aura toujours présent à l'esprit un criterium, celui des organes normaux de la femme adulte, nulli, uni et multipare, situation, volume, consistance, mobilité, élasticité, sensibilité de l'utérus, des ovaires, des trompes et *de tous les ligaments*. Nos traités de gynécologie donnent de ce criterium une description plus ou moins exacte. On devra songer avant tout à la grossesse, et, en cas de doute, s'abstenir ou être très prudent jusqu'à éclaircissement. Rien ne doit échapper. **Pas de bon traitement sans un diagnostic complet** ; mais le diagnostic ne sera pas toujours complet d'emblée, soit parce que la malade aura d'involontaires résistances, soit parce qu'elle souffrira réellement, soit parce que les organes plus ou moins déplacés, seront adhérents ou emprisonnés dans des exsudats qui en masqueront la forme et les rapports.

Que l'on saisisse bien ma pensée. Il faut un diagnostic complet et précis pour mener à fond et à bien le traitement. Exploration et traitement exigent et développent la délicatesse et la sûreté de mains ; l'opérateur doit arriver à savoir exactement ce qu'il tient entre les doigts, la forme, la place, le genre de fixation de l'utérus et des organes annexés, la part que chacun prend à ces tumeurs chroniques ou subaiguës qu'on englobe sous le nom générique de paramétrites, exsudats, péri-métro-salpingites, oopho-

ro-salpingites, lympho-adénites, comme elles englobent elles-mêmes les organes génitaux en totalité ou en partie ; mais on ne débrouille pas le chaos en une fois. Plusieurs explorations sont parfois nécessaires, *et une ébauche de traitement*. Prudence et patience. Ne pas aller au hasard et toujours débuter par ce que j'appelle massage préparatoire analgésique. Il importe d'insister sur les effets calmants, de la méthode Suédoise et de les bien mettre en lumière. Aussi est-ce par les préliminaires analgésiques que j'aborde l'étude du massage.

MASSAGE

Massage analgésique préparatoire. — La femme étant dans la même situation que pour l'exploration bimanuelle, le médecin assis, prend la position de Brandt, fixe et immobilise la pulpe de l'index dans un cul-de-sac ou sur la paroi rectale, *non pas sur le point le plus douloureux, mais à côté :* puis de la main libre, avec le plat des quatre phalangettes, il exécute sur la partie correspondante de l'abdomen, *non pas sur le point le plus douloureux, mais à côté, tout autour*, en remontant toujours dans le sens des courants lymphatiques et sanguins, et en restant quelques secondes à la même place, des petites frictions circulaires dans lesquelles la peau et les tissus se meuvent. Le doigt intérieur suit de son mieux la main extérieure. Le coude droit de l'opérateur tremblote continuellement. Voilà pourquoi j'ai appelé ces frictions tremblotantes. La force est nulle pour commencer et n'est augmentée que par degrés en une ou plusieurs séances, à mesure que l'analgésie se montre. On surveille attentivement le visage de la malade. S'il y a des femmes hyperesthésiques, il en est qui sont dures au mal. Qu'une douleur vive se lise sur les traits, aussitôt la main se déplace, se fait plus légère, ou s'arrête, pour reprendre un instant après. On n'échoue, je le rappelle, que faute de patience, et c'est par degrés qu'on arrive au but. Il est utile de temps en temps, quand on sent la paroi se contracter ou quand les

ligaments utérins sont roidis, d'exercer, la main posée à plat, l'avant-bras tendu, le carpe creusant avec une force continue, mais contenue, la sangle abdominale, une pression accompagnée d'une vibration presque invisible du poignet. Ne jamais ôter brusquement la main. Il est indispensable que la digestion soit faite, ou du moins qu'il n'y ait pas de tympanisme. J'ai dit que cette précaution était une règle générale du traitement.

Massage curatif. *Généralités.* — La main extérieure seule masse. L'index vaginal ou rectal sert de point d'appui, maintient et soutient les organes, les pousse en haut vers la main extérieure ; mais par le rectum il sert également à *l'effleurage.* Les mouvements exécutés par la main qui palpe se bornent dans la majorité des cas, aux *frictions circulaires.*

Quant à la *percussion,* appelée tapotement dans les livres spéciaux, on ne l'exécute pas sur la paroi abdominale, mais sur la région sacro-fessière et le long de la colonne vertébrale. Elle appartient à la gymnastique proprement dite et sera décrite avec elle. C'est à dessein que je ne prononce pas le mot de *pétrissage,* pour bien montrer que la violence est exclue du traitement. Cependant il est indiqué par exception.

Donc, l'effleurage et les frictions circulaires constituent presque toute la technique générale de la méthode suédoise en ce qui concerne le massage direct et immédiat des organes. L'effleurage se fait avec le doigt qui touche, par le rectum, sur les organes malades ou sur les parois latérales du bassin, *de bas en haut* dans le sens des gros courants veineux et lymphatiques. Brandt pour expliquer ce mouvement du doigt le compare à celui qu'on fait pour tracer des raies sur la buée d'une vitre, en appuyant et vibrant légèrement. Il y attache une grande importance ainsi qu'aux pressions exercées sur les nerfs, pour calmer les douleurs des femmes qui ne peuvent s'asseoir sans souffrir. J'ai constaté leur remarquable efficacité. Les frictions circulaires s'exécutent, comme je l'ai dit à propos des préliminaires analgésiques, non avec l'extrémité de la pulpe, mais avec la

pulpe entière et une partie de la phalangette de l'index, du médius et de l'annulaire. Un continuel tremblotement du coude, leur communique une *vibration* dont je juge inutile de faire catégorie à part, mais qui est essentielle et doit être recherchée dans toutes les manœuvres. *Les meilleurs résultats s'obtiennent en saisissant le mieux possible la région qu'on doit masser, en évitant toute dépense inutile de force, et par des séances courtes, trois, six, huit, dix minutes au plus.* Les novices dans cet art spécial sont tentés d'agir avec énergie et persistance surtout dès qu'une amélioration se manifeste, dans l'espoir d'abréger la cure. C'est une erreur qui expose aux accidents, aux retards, aux reculs, à la nécessité de revenir sans cesse au massage analgésique.

Brandt a parlé excellemment de son art en termes généraux. « On commence, dit-il, avec légèreté autour de la partie malade pour arriver graduellement sur celle-ci ; on n'augmente la force qu'après disparition de la plus grande sensibilité. De courtes pauses sont nécessaires. La main se fait de plus en plus légère vers la fin de la séance, qu'on termine en appliquant la paume et les doigts étendus sur la région malade et en exécutant une très douce vibration. Un traitement semblable exige un temps assez long ; mais le résultat en est excellent. Aujourd'hui tout le monde masse et on se figure que pour avoir une action il faut provoquer la douleur ; il est étonnant qu'on ne fasse pas plus souvent tort aux malades. On se figure aussi que le traitement est facile à exécuter et à comprendre. La moindre expérience prouve le contraire. Combien de temps ne faut-il pas pour apprendre à explorer et pour acquérir sûreté et dextérité dans la pratique du massage ! »

Ces quelques lignes renferment, à mon avis, le meilleur de cette chose presque indescriptible qu'on appelle technique du massage gynécologique. J'ajouterai seulement que même entre praticiens habiles, instruits et rompus au métier, il y aura toujours des différences tenant aux qualités innées d'adresse, sans parler des conformations de main. La dexté-

rité me semble jouer dans la kinèsithérapie, le rôle capital qu'elle jouait autrefois en chirurgie.

Massage de l'utérus. — Le massage de l'utérus se fait après celui de la périphérie. Il varie du tout au tout suivant l'effet à produire, tantôt léger, si léger qu'on frôle à peine la paroi utérine (métrite hémorrhagique, utérus petits et durs, ou gros mais mous) : tantôt vigoureux, mais jamais d'emblée (utérus gros et coriaces, métrite chronique parenchymateuse). On agit de préférence sur la face postérieure, le fond, l'isthme et le col avec la main externe. L'index vaginal logé dans le cul-de-sac antérieur, le plus haut possible, refoule l'isthme en haut et en arrière avec une force suffisante pour maintenir l'organe, mais sans exciter une vive douleur, tandis que les doigts de l'autre main répartissent également les frictions circulaires dans l'ordre suivant : isthme, fond, corps, col, isthme sauf indication de localiser la manœuvre (métrite cervicale, ulcérations). En frictionnant on incline le fond vers la symphyse. Par conséquent le massage est précédé ou accompagné de la réduction de l'organe s'il n'est pas fixé. S'il est fixé, c'est par le massage des fixations qu'on débute. Je vais examiner successivement les deux cas.

Réduction de l'utérus incliné, fléchi ou versé, mais mobile. — Brandt a imaginé divers moyens de ramener sans violence en antéversion, l'utérus anormalement placé, mais libre. Il a donné de ces différentes manœuvres, une nomenclature dont je ne reproduirai pas les termes intraduisibles dans notre langue (1). De plus, cette nomenclature me semble simplifiable. Je dis la nomenclature ; je ne dis pas les manœuvres, *indispensables à connaître si l'on veut bien opérer.* Ces exercices sont très utiles aux commençants. C'est une bonne initiation à un traitement duquel les violences sont proscrites, et où la force doit être ménagée et

(1) Les principaux sont : Guppning : balance ou bascule; Klämning : serrement, étreinte ; Ikrokning : accrochement ; Redressionstryck : pression redressante.

calculée. Je vais essayer de les expliquer d'une façon sommaire, clinique et claire.

La réduction s'opère par le vagin et l'abdomen, ou par le rectum, le vagin et l'abdomen.

Réduction vagino-abdominale. — Si l'utérus est petit et rigide, si le renversement n'est pas très prononcé, la femme étant couchée dans la situation de l'exploration bimanuelle et du massage, le médecin assis applique la pulpe de l'index sur la face antérieure du col qu'il refoule d'avant en arrière et en bas. En même temps la main qui palpe cherche très délicatement le fond de l'utérus. Si la perception est nette, on accroche doucement le fonds, puis la face postérieure, et on ramène l'organe vers le pubis. Si la perception n'est pas nette, on déprime sans force les tissus à droite, à gauche et, au milieu, en exécutant les frictions circulaires tremblotantes sur toute l'étendue des ligaments larges, mais sans insister longtemps sur la même place, et bientôt, pour peu que la paroi abdominale ne soit pas trop grasse, et à condition, bien entendu, que le mode de réduction soit celui qu'il fallait choisir, *on sent l'utérus qui monte vers cette paroi comme un corps flottant.* Alors on accroche le fond. On éprouve parfois quelque difficulté à parfaire la réduction, puis, brusquement, elle se complète. Brandt, auquel je décrivais cette sensation, me disait dans un langage pittoresque : « Oui, c'est comme un chien de fusil qu'on relève; on a de la peine jusqu'au milieu du parcours, puis, brusquement, il tombe dans son cran ». Brandt croit que l'arrêt correspond au maximum d'extension des ligaments ronds, c'est-à-dire, si je saisis bien sa pensée, à ce qu'on appelle le point mort dans le parcours d'une bielle. Je me demande si les ligaments ronds ont l'importance que la théorie leur donne. C'est tout le revêtement antérieur qui agit. D'autre part, la contracture du feuillet postérieur du ligament large peut s'opposer à la réduction. Aussi *j'insiste dans tous les modes de réduction sur l'utilité du massage des ligaments larges pour les détendre et assouplir.*

Si l'utérus, plus long que dans le cas précédent, mais encore rigide, ne bascule pas par simple pression cervicale, soit parce que le col haut placé derrière la symphyse est difficile à atteindre, soit parce que le col raccourci, fournit un bras de levier insuffisant pour enlever le fond de l'organe enfoui dans la concavité sacrée, on procède de la façon suivante : Avec la pulpe ou le bord radial de la phalangette de l'index, on soulève le fond utérin. *Simple soulèvement, graduel, mesuré, préparé par le massage qui relâche les ligaments.* On ne pousse pas violemment ; on se garde aussi de pousser en arrière, manœuvre par laquelle on cale le fond sous le promontoire. *On soulève seulement après massage et tout en massant.* La femme ne doit éprouver d'autre douleur que la douleur supportable, caractéristique, qui appartient à la face postérieure de tout utérus rétroversé. Son visage doit donc tout au plus trahir par un froncement de sourcils la sensibilité qu'éveille la pression du doigt. Si la souffrance est vive, si l'utérus semble fixé, on s'abstient de tout redressement et on pratique, pendant une ou plusieurs séances, le massage préparatoire analgésique et antiphlogistique. Si l'utérus est soulevable, on le soutient du doigt. En même temps, les quatre doigts de la main libre mise en pronation appliquent leur pulpe au-dessus du pubis, poussent vers lui la peau du ventre de façon à éviter les tiraillements, puis pénètrent dans l'excavation, la vessie étant vide, jusqu'au contact de l'isthme qu'ils chassent vers la concavité sacrée. Ils sont puissamment aidés par *la tension* du revêtement péritonéal antérieur qu'ils produisent et qui tire le fond en avant. Dès que l'isthme recule, le doigt intérieur qui soulevait le fond de l'utérus passe en avant du col et le presse en arrière et en bas. A ce moment, l'utérus est à moitié redressé, et la main extérieure abandonnant l'isthme, remonte avec légèreté sur la face antérieure de l'organe, accroche le fond et le conduit vers l'arcade pubienne. La manœuvre a donc cinq temps :

1° Soulèvement du fonds par le doigt qui touche ;

2° Pression sur l'isthme par la main qui palpe ;

3° Passage du doigt qui touche sur la face antérieure du col;

4° Le doigt qui touche et la main qui palpe, refoulent vers le sacrum et en bas, le col et l'isthme pendant quelques secondes;

5° La main qui palpe accroche le fond et termine la bascule.

Cette manœuvre réussit à merveille, surtout si l'utérus est rigide. Il faut qu'il soit placé dans l'axe. Elle mérite un nom spécial, et comme le nom Suédois traduit littéralement n'est pas très précis, je propose de l'appeler **pression** ou **tension péritonéale antérieure**. Elle n'agit pas seulement en redressant l'utérus, elle assouplit et tonifie l'appareil ligamenteux. *Elle joue un des premiers rôles dans le traitement* et est comme la préface de ce que je décrirai sous le nom d'élévation.

Réduction recto-vagino-abdominale. — Elle convient aux utérus gros et mous, rétrofléchis ou rétroversés, mais dont le col cède aux pressions, ou n'offre aucune prise. Elle convient aussi aux utérus de consistance molle ou ferme que des tentatives de réduction mal conduites ont refoulés en arrière et en haut, et dont le redressement ne peut être achevé. On la commence et on la termine dans la station verticale, ou bien on la commence dans la station verticale et on l'achève dans le décubitus dorsal, ou bien on l'exécute en entier dans le décubitus dorsal.

Le médecin, assis et soutenant de la main droite la région lombo-sacrée, introduit l'index gauche dans le rectum, et fait glisser le pouce sur le périnée jusqu'à l'orifice vaginal où il pénètre. L'index agit autant que possible sur le fond de l'utérus, en tous cas sur la plus grande partie de la face postérieure du corps qu'il chasse en avant par des pressions ménagées, pendant que le pouce chasse en arrière la face antérieure du col qui dans nombre de cas retrouve sa longueur à mesure que le redressement s'opère. Quand le fond est difficilement accessible, parce que l'index se heurte aux

culs-de-sac de l'ampoule rectale ; il cherche et trouve, avec difficulté parfois, le sphincter d'O'Beirne, situé le plus souvent à gauche du sacrum, le dépasse et arrive sur le fond.

La réduction peut être complète d'emblée dans la station verticale. Dans ce cas, le médecin, sans lâcher prise, fait asseoir puis étendre la femme (1), et commence le massage. Si elle n'est pas complète, il l'achève par les manipulations externes, massage des ligaments, pression péritonéale antérieure. Quand par exception, le fond de l'utérus est à une hauteur telle que ni l'index rectal ne puisse l'atteindre, ni la main qui palpe accrocher l'organe, on refoule d'abord le fond vers la pointe sacrée, puis on commence ou recommence l'opération. Quand l'utérus très mou et ballant se plie en cornue, la manœuvre est difficile, mais neuf fois sur dix, elle échoue par la faute de l'opérateur qui est trop pressé, va au hasard, fait des efforts, et, suivant l'expression de Brandt, « bat la bouillie d'avoine sur le ventre des malades ». Pour certains utérus, il faut savoir attendre.

Brandt indique six procédés de redressement ; je les ai fait tous rentrer dans ma description, plus courte que la sienne, parce qu'il me semble inutile de multiplier les catégories sans nécessité didactique ou clinique.

Ces ingénieuses combinaisons de levier, ces manipulations délicates, constituent certainement une des parties originales de l'œuvre de Brandt. Je répète qu'elles ont une importance capitale.

Utérus fixé. — Quand l'utérus est ou paraît adhérent, la réduction immédiate est contre-indiquée ; **toute violence est proscrite du traitement.** On délimite la position exacte de l'organe, l'étendue et la nature des fixations ; mais en général on ne les reconnaît qu'à la longue. J'ai dit : quand l'utérus est ou paraît adhérent, parce qu'à mon avis la fixation de certains utérus n'est qu'apparente, et s'explique par une con-

(1) A ce moment, la malade passe son pied par dessus le bras du médecin qui se trouve alors dans la situation réglementaire : *bras sous la cuisse gauche.*

tracture ligamenteuse. Dans ce cas on agit en massant la périphérie de l'utérus et les ligaments larges. A mesure que la douleur disparaît, la main descend de plus en plus profondément, opérant sur les côtés de l'organe. Le doigt qui touche soutient l'isthme en arrière et soulève le col en haut, comme pour exagérer la rétroversion, manœuvre importante, surtout quand la contracture ligamenteuse joue un rôle, car si l'on essaye trop tôt et trop brusquement de redresser l'organe, la contracture se reproduit : il y a une sorte de tétanisation et l'utérus s'immobilise. J'ai vu des essais de redressement ou des mouvements de gymnastique favorables à la bascule en avant, mais prématurément employés, fixer de nouveau l'utérus pour plusieurs jours et raviver les douleurs disparues. On ne devra donc tenter la réduction que très doucement, et quand on sentira flotter le corps utérin.

Si l'utérus est véritablement adhérent, fixé par des brides, on débute de la même façon (massage des ligaments et de la périphérie utérine). On s'en tient à lui et à la gymnastique dérivative *aussi longtemps qu'il est nécessaire, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on sente le corps utérin trembler dans sa loge* comme uu clou qu'on veut arracher et que les doigts ont ébranlé par trépidation ; c'est du moins ce que j'ai fait et je m'en suis bien trouvé ; *alors seulement* on rompt les adhérences, ou plutôt *on les étire avec grandes précautions*, sans jamais se départir du sage précepte de Brandt : *plutôt trop peu que trop en une fois.*

Les adhérences occupent le corps ou le col, ou le corps et le col. Qu'elles existent en avant, en arrière ou sur les côtés, Brandt opère suivant les circonstances par le rectum, par le vagin, par la paroi abdominale, soit avec l'index gauche seul, soit avec le pouce seul, soit avec l'index et le pouce, soit bimanuellement, et dans la station verticale ou dans le décubitus dorsal. Le principe général consiste à pénétrer avec prudence entre les organes soudés et à étendre leurs attaches, *opération toujours précédée, accom-*

pagnée ou suivie de massage et de gymnastique dérivative Il faut résister à l'envie d'aller vite dès que le succès se prépare. Ziegenspeck et tous ceux qui, à son exemple, n'ont pas su se soumettre aux impatientantes lenteurs de la méthode de Brandt, s'en sont repentis. La déchirure des tissus, des hématomes plus ou moins graves ont été la conséquence d'une trop grande hâte et d'une force mal calculée.

Il serait également imprudent d'interrompre ou de cesser le massage dès que l'utérus est libéré, car il se fixerait plus solidement que par le passé, et tout serait à recommencer avec plus de difficultés. D'ordinaire une sensation de descente suit la libération. La manœuvre d'élévation y remédie.

Massage des trompes, des ovaires et des exsudats paramétritiques. — Le principe est le même que pour le massage de l'utérus, c'est-à-dire qu'il faut saisir les organes entre le doigt qui touche et la main qui palpe, que cette dernière seule se meut, à moins qu'on n'ait à pratiquer l'effleurage rectal, et que la force doit être employée à bon escient, graduellement, après disparition de la plus grande sensibilité.

Le traitement des masses paramétritiques englobant les annexes, quand ces masses sont accessibles et saisissables sans peine, n'est pas des plus difficiles parce qu'au fur et à mesure qu'elles fondent, l'ovaire et son ligament et les trompes englobées s'y dessinent sous le doigt explorateur qui guide la main extérieure et lui marque le pas.

La nature des tuméfactions et l'emplacement des annexes étant reconnus, on agit sur elles à tour de rôle. Les trompes sont massées autant que possible de dehors en dedans pour faire cheminer les sécrétions vers l'*ostium uteri.* Si j'en juge par mon expérience personnelle, rien n'est plus difficile à masser que les trompes régulièrement augmentées de volume et prolabées dans le cul-de-sac de Douglas, parce qu'elles glissent entre les doigts comme un macaroni cuit et gluant. Les exsudats très volumineux durs comme le bois, remplissant et bouchant l'excavation au point que la défécation semble extraordinaire, a écrit Brandt, exigent l'emploi d'une grande

force, mais avec le temps seulement. Il lui est arrivé de se servir du carpe pour leur pétrissage, le bras raide pour accroître la pression.

Il semble que dans des tuméfactions aussi considérables, le point d'appui interne soit superflu. L'expérience a démontré le contraire à Brandt, et la chose ne me surprend pas. Je crois que la passivité du doigt intérieur n'est qu'apparente. Je m'expliquerai sur ce point.

Le massage de la périphérie au centre est une règle dont on ne doit pas se départir, car il est indispensable d'ouvrir la voie aux stagnations centrales. Il n'est pas moins essentiel de faire et refaire le diagnostic à chaque séance, de tout surveiller et de ménager et régler la force qu'on déploie. En se conformant à ces règles on peut dans certains cas avoir un bon résultat sans grand'peine. D'autre fois une véritable virtuosité de mains est nécessaire, en particulier quand il faut reconnaître et détacher un ovaire, petit, déplacé, adhérent à la paroi du bassin, centre d'irradiations douloureuses et cause de diverses erreurs de diagnostic. Brandt m'a recommandé de placer un doigt sous l'organe à travers les parois vaginales ou rectales, de faire glisser l'ovaire sur ce doigt par la palpation et de l'étirer doucement en avant en même temps qu'on le pousse en bas. J'ai très bien réussi dans un cas, qui m'a permis de me rendre compte de la manœuvre. On fabrique à l'ovaire, par extensions graduelles et prudentes, une sorte de repli analogue à celui qui le relie normalement à la paroi pelvienne. On peut aussi, comme me l'a conseillé le Dr Helleday, exercer des tractions sur le ligament de l'ovaire qu'on doit s'habituer à reconnaître et à suivre du doigt ou de la main dans le toucher et le palper gynécologiques ; mais ce procédé rend surtout service dans les dislocations d'ovaire, quand cet organe augmenté de volume et douloureux, prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, plus ou moins comprimé par le fond de l'utérus rétroversé, devient la source de crises névralgiques ; dans ce cas la principale difficulté n'est pas d'accrocher le ligament utéro-ovarien et d'éloigner

l'ovaire, mais de le maintenir éloigné. On est alors aidé par la manœuvre dite élévation de l'utérus, dont les applications sont nombreuses en kinèsithérapie gynécologique.

ÉLÉVATION

L'élévation *viscérale* est la conception la plus originale de Brandt. J'ai raconté dans la partie historique comment elle naquit dans son esprit. Diversement modifiée, il l'applique aux viscères déviés ou prolabés, au rectum, à l'utérus, au rein flottant. Il y a donc une élévation rectale, une élévation utérine, une élévation rénale. Ces opérations ont pour but de rendre aux attaches musculo-ligamenteuses la puissance de soutien, la souplesse élastique, l'énergie contractile nécessaires. Je ne parlerai ici que de l'élévation utérine. Elle consiste dans une manœuvre spéciale par laquelle on saisit et soulève l'utérus avec deux mains à travers la paroi abdominale. Elle vise le retour à la tonicité des ligaments et l'obtient soit en réveillant la contraction par de brèves excitations, soit au contraire en apaisant la contracture par des élongations mesurées.

Indications et contre-indications. — La principale indication est l'abaissement absolu, c'est-à-dire le prolapsus total ou partiel de l'utérus et du vagin. Viennent ensuite les abaissements relatifs et momentanés par contracture, cause de troubles circulatoires ou de compressions et de douleurs. Brandt et après lui Landau, de Berlin, ont employé avec succès l'élévation contre les malaises et accidents locaux ou généraux fréquents dans le premier stade de la grossesse et même contre certaines menaces d'avortement. Viennent enfin les versions et flexions.

L'élévation est contre-indiquée par les tumeurs de voisinage et l'inflammation des organes paramétriques. Elle est inutile si les ligaments ont perdu toute vitalité.

Conditions nécessaires à l'opération. — La vessie doit être vide, la femme à jeun, l'utérus mobile, corps et col, pas

trop petit. Un aide exercé est indispensable. C'est lui qui soulève l'utérus; le médecin surveille l'opération par le toucher, la dirige, la modifie au besoin, la suspend au moment propice, en un mot la règle.

La *femme*, sans corset et les vêtements lâches, se met dans le décubitus dorsal, tronc et tête légèrement relevés; c'est la situation du massage et de l'exploration bimanuelle ; mais de plus, la flexion des cuisses est complète, sans qu'il y ait effort pour les maintenir; jambes fléchies, talons mollement rapprochés et lâchement appliqués contre le siège; les pieds ne posent pas ou tout au moins n'appuient pas sur le canapé. Restriction faite de l'application des talons contre le siège, cette attitude est celle de la taille ou de la dissection périnéale.

Le *médecin* assis au côté gauche, a placé sa main gauche dans la position de Brandt, l'index appuyé sur la face antérieure du col, le plus près possible de l'isthme, fortement, mais sans causer d'autre douleur que la douleur supportable spéciale à cette région Sa main droite déprime les parois abdominales, refoule en bas la peau pour éviter les tiraillements, et s'applique en pronation sur la face antérieure de l'utérus, de façon que seule la pulpe des doigts appuie, et exclusivement sur l'isthme. Cette main sert à indiquer à l'assistant où est le corps utérin. Elle ne peut faire basculer l'organe en arrière, puisqu'elle n'appuie pas sur le fond, mais sur l'isthme. Elle exerce la **pression** ou **tension péritonéale antérieure**. J'ai décrit cela à propos du redressement. De plus, l'index qui touche et tend à faire basculer le col vers le sacrum, complète le mouvement de levier qui met à l'abri de la rétroversion.

L'*assistant* se place à genoux sur le canapé, vis-à-vis et contre les membres inférieurs fléchis de la femme, de façon que les genoux de celle-ci touchent les hanches de l'aide qui les pousse en forte flexion, et se met en équilibre tel qu'il puisse à un moment donné incliner le tronc entier vers la malade et le placer presque horizontalement sans tomber

en avant. Si l'assistant est petit, surtout s'il a les jambes courtes, il se met à deux genoux sur le canapé ; s'il est grand, il ne met qu'un genou, le gauche de préférence, et place son pied droit à terre contre le bord du canapé très en avant, en calant son jarret contre la face interne du genou gauche du médecin. De cette façon l'équilibre est assuré et la manœuvre peut être exécutée.

Manœuvre. — Elle comprend trois temps :

1° Pénétration des mains dans la cavité pelvienne et saisie de l'utérus ;

2° Soulèvement de l'utérus ;

3° Abandon de l'utérus.

1° *Pénétration des mains dans la cavité pelvienne et saisie de l'utérus.* — Les avant-bras et les bras en forte extension, les mains en supination et extension complètes, un peu écartées, ou en contact par leurs petits doigts, suivant les cas, l'assistant applique la paume de ses mains sur la face dorsale de la main du médecin. Il se penche en avant, très en avant, son visage touche presque celui de la malade, et ce faisant, la pulpe de ses doigts descend derrière le pubis, dans le fossé préparé par la main du médecin et le creuse davantage, non par effort brusque, mais par effort continu et contenu, la pesanteur bien dirigée et mesurée du tronc incliné agissant seule. C'est la **pression péritonéale antérieure** poussée à ses extrêmes limites.

Alors le médecin retire sa main droite désormais inutile, la manœuvre ayant été bien faite. De l'index gauche qui n'a pas quitté le cul-de-sac antérieur et le col, il perçoit à travers les tissus le bout des doigts de l'aide, qui se recourbent légèrement et appuient sur l'utérus **le plus bas** possible. A ce moment le corps utérin est fortement incliné dans les mains de l'aide qui sent l'isthme reculer. Le médecin qui, lui aussi, sent fuir le col, dit à l'assistant : « allez » ; à la malade : « ne respirez plus », et le second temps commence.

2° *Soulèvement de l'utérus.* — Relevant le tronc et les

bras tout d'une pièce par la seule action des muscles dorso-lombaires, et retirant le siège en arrière — mouvement qu'on fait pour s'asseoir sur les talons — l'aide qui tient l'utérus en avant et des deux côtés à la fois, *dans ses mains animées d'une vibration légère*, fait remonter le col en arrière le long de la concavité sacrée, comme s'il y gravissait des échelons ; en même temps le corps, dont la bascule antérieure se maintient, s'élève graduellement et d'autant plus haut que les ligaments sont plus lâches. A l'instant précis où la résistance est perçue, l'aide s'arrête et le troisième temps commence sur l'ordre du médecin.

2° *Abandon de l'utérus.* — Il consiste à laisser aller l'organe, *tantôt* **lentement**, *tantôt* **rapidement**, suivant l'effet à produire : excitation à la contraction, ou suppression de la contracture, mais toujours **sans brusquerie**. Donc les mains de l'aide *tantôt reculent vivement vers le pubis*, *tantôt retiennent doucement la descente.*

Sensations perçues par l'assistant. — Jusqu'au moment où le médecin retire sa main appliquée sur la face antérieure de l'utérus, l'assistant ne perçoit pas l'utérus. Il se préoccupe uniquement de se mettre en équilibre, et se guide sur la main du médecin pour placer les siennes. Quand le médecin a retiré sa main, l'assistant doit sentir le fond, la face antérieure et les côtés de l'utérus qui bascule en avant comme tiré par un ressort, phénomène produit par la **tension du revêtement péritonéal antérieur.** Cette sensation doit persister pendant le soulèvement. Si elle ne persistait pas, c'est que les doigts auraient glissé. Jamais ils ne doivent glisser. L'assistant perçoit l'ascension de l'organe, qui n'a d'autre limite que celle de la résistance ligamenteuse, fort variable suivant les cas. Pendant le troisième temps l'aide a la sensation d'une descente rapide ou lente.

Sensations perçues par le médecin. — Lorsque les mains de l'aide, plongeant derrière le pubis, tendent par leur pression le revêtement péritonéal, le médecin sent l'extrémité des doigts en contact avec son index ; en même temps le col

s'éloigne ; parfois se dérobe et fuit vers la concavité sacrée. Il *doit en principe* l'accompagner et ne pas le quitter. Le vagin s'allonge, se rétrécit plus ou moins, se tend au voisinage de l'isthme et ses parois enserrent dans certains cas le doigt, exceptionnellement la vulve même peut s'invaginer ; puis on éprouve une résistance, indice des limites d'extension prudente des diverses attaches. Le médecin dit alors « arrêtez », puis après cinq ou six secondes : « laissez aller ». De son doigt il accompagne la descente, et la face antérieure de l'utérus abandonné par l'aide au début ou à la fin du parcours, retombe mollement sur ce doigt.

Sensations perçues par la femme. — L'élévation bien faite est indolore. Douloureuse, elle est mal faite. On ne doit entendre aucune plainte de la patiente ; on ne doit saisir sur son visage d'autre impression que celle du désagrément et de l'appréhension, et seulement chez les nerveuses ou dans les premières séances, alors que la femme ne s'abandonne pas avec confiance et n'a pas encore constaté par expérience, que mieux elle se laisse aller, plus la manœuvre est aisée et les résultats satisfaisants. La femme qui a un bon opérateur éprouve donc tout au plus un malaise de quelques secondes, et quand on lui demande compte de ses sensations, elle répond : « je sens que vous tirez en haut les organes ». La femme qui a un mauvais opérateur, se plaint, contracte ses muscles abdominaux, chasse les mains de l'assistant et s'écrie : « oh ! vous m'arrachez ». Quand l'aide ou le médecin commettent la faute de laisser échapper l'utérus, la femme, éprouve une vive douleur.

Remarques complémentaires. — Agir avec douceur et circonspection, en ne quittant pas des yeux le visage de la malade qui jamais ne doit s'altérer. Dans les commencements ne pas saisir l'utérus. Exercer seulement la pression ou tension péritonéale antérieure.

L'élévation n'est très prononcée que dans les cas de prolapsus avec relâchement considérable des ligaments, du vagin et du releveur. Elle est courte dans les cas de version

ou flexion, elle est presque insensible dans le cas de contracture, lors des premières séances.

On élève jusqu'à *résistance et tension des attaches au voisinage de l'isthme*. On ne la dépasse que s'il s'agit de supprimer une contracture, et très graduellement, un peu chaque jour. Dans les rétroversions, abandon rapide, dans les prolapsus descente lente, *avec vibration*.

Si l'utérus n'est pas dans l'axe, le médecin l'y remet et l'aide fait une élévation oblique de façon à allonger les ligaments raccourcis. On ne doit pas faire l'opération à l'aveuglette. Dans tous les cas le but visé est le rétablissement de la tonicité ; mais on l'atteint par les vibrations et tantôt par la tension brève et l'abandon rapide, tantôt par la tension prolongée, quotidiennement augmentée, et l'abandon lent. Enfin, tantôt on agit sur la totalité des attaches, tantôt sur une partie, ligaments de Douglas, ligament large droit ou gauche, revêtement péritonéal antérieur.

L'assistant doit être convaincu qu'il ne saurait saisir **trop bas** l'utérus, que le col et l'isthme utérin doivent remonter le long de l'arc sacré ; le médecin, qu'il doit mettre l'utérus pour ainsi dire entre les mains de l'assistant, accompagner le col et l'isthme dans l'ascension et la descente, surveiller la tension des attaches ; la femme, qu'elle facilite l'opération par la détente absolue, *et qu'elle la rend impossible en faisant une inspiration pendant le second temps.*

Jadis Brandt exécutait la manœuvre sans assistant. Il ne le fait plus, l'expérience lui ayant enseigné que l'utérus n'était pas toujours saisi ou que, mal saisi, il glissait et surtout basculait en arrière. L'aide est, à son avis, indispensable, sauf lorsque l'utérus est très gros. Dans ce cas et surtout s'il y a grossesse le médecin peut faire l'élévation lui-même. En toute autre circonstance il se borne à contrôler par le vagin toute l'opération. Par la pression de bas en haut et d'avant en arrière, il empêche l'utérus de fuir ou de se renverser ; il le fixe et les sensations de l'aide, très obtuses quand l'organe n'est pas maintenu, deviennent nettes. Il indique et rectifie les fautes et se tient prêt à retenir l'utérus s'il

échappe à l'assistant ; mais il n'en est pas toujours maître, car ses mouvements ne sont pas libres, son doigt ne pénètre pas très profondément, l'avant-bras étant serré entre la fesse gauche de la malade et la cuisse de l'aide ; aussi celui-ci doit être bien persuadé qu'il est responsable de la descente.

Le Dr Helleday exécute l'élévation de deux façons, seul et avec un aide. Seul, il agit de la façon suivante : Assis à côté de la malade il introduit l'index gauche dans le vagin, et le place sur la face antérieure du col. De la main droite libre, il exerce, à travers les parois abdominales, la pression péritonéale antérieure qui fait basculer le corps en avant ; mais continuant cette pression, il repousse le col vers la concavité sacrée et élève en même temps le corps. Il faut que le coude décrive un arc de cercle dont le centre est représenté par le point d'application des doigts. Le Dr Helleday pense que l'élévation est plus régulièrement faite avec un aide et ne s'en passe qu'exceptionnellement.

J'ai dit que l'aide en faisant pénétrer ses mains en supination et extension dans la cavité pelvienne, les tenait un peu éloignées, ou au contraire jointes par le bord cubital des petits doigts. En effet, on peut pénétrer soit au niveau des épines iliaques, soit derrière la symphyse pubienne. Dans le premier cas on saisit latéralement l'utérus, dans le second les petits doigts touchent la face antérieure qu'ils ne sentent guère ; l'annulaire, le médius et même l'index suivant le volume utérin, enveloppent les faces antéro-latérales qu'ils sentent nettement. Aujourd'hui, Brandt emploie constamment le second procédé, à moins que l'utérus ne soit très gros. Jadis, au contraire, il saisissait toujours l'utérus par les côtés et l'élevait directement, mais ayant remarqué que de cette façon le fond avait une tendance à basculer en arrière, il adopta le second procédé qui permet en élevant l'utérus de l'*antéverser énergiquement par la tension du revêtement péritonéal antérieur.*

La manœuvre est repétée trois fois à chaque séance. Il est préférable de mettre dix minutes d'intervalle, mais on peut

se contenter d'un court repos entre les élévations. L'opération est complétée par des mouvements musculaires que je vais étudier avec les divers exercices gymnastiques qui complètent le traitement.

GYMNASTIQUE

On devrait généralement savoir que le Suédois Ling est l'inventeur célèbre d'une gymnastique fort différente de la nôtre, car les exercices de force et d'adresse en sont à peu près exclus. Elle recherche l'équilibre des fonctions par un travail égal des groupes musculaires et convient également aux forts et aux débiles, aux enfants, aux adultes, aux vieillards. La médecine devait tirer parti de cette idée géniale ; elle y ajouta le massage dont certaines pratiques étaient déjà comprises dans le système de Ling. Ainsi se trouva créée en Suède une thérapeutique nouvelle qui prit essor sous l'impulsion de docteurs et de professeurs distingués. Le système est fondé sur le principe des mouvements à résistance. Celle-ci est exercée par le gymnaste ou par des machines (école de Zander) ; mais quel que soit le mérite de ces ingénieux mécanismes, le gymnaste moins automate conserve sa supériorité. Les appareils dont il se sert sont peu nombreux, simples et bien imaginés. La plupart des procédés aujourd'hui usités un peu partout pour le redressement des déviations, sans violence ni emprisonnement du corps, ont une origine suédoise, et telle invention née à Stockholm, y revient parfois par la Russie, l'Allemagne ou la France, dénaturée plus souvent que perfectionnée, quelquefois adaptée à des usages différents de l'usage original. Tel est l'appareil suspenseur dont on a fait usage pour les ataxiques.

Le principe de la gymnastique suédoise, est donc la mise en jeu, isolément, des divers groupes musculaires. On évite de pousser les exercices jusqu'à la lassitude et ils sont précédés, suivis et accompagnés de mouvements respiratoires profonds

qui activent la circulation, la vivifient et procurent une sensation de détente. C'est peut-être à l'emploi de la gymnastique de Ling que Suédois et Suédoises doivent la conservation de leur belle prestance atavique ; mais c'est en tous cas à elle — et ceci nous intéresse particulièrement au point de vue médical — que beaucoup d'entre eux sont redevables de ne pas souffrir de divers excès. Elle est hygiénique par excellence. Plusieurs nations possèdent aujourd'hui des établissements semblables à ce qu'on nomme à Stockholm, instituts de gymnastique et de massage. La France est, je crois, le seul grand pays, qui ait abandonné leur création à l'initiative individuelle. C'est un officier de l'armée suédoise, du nom de Schenström, notre hôte il y a peu d'années, qui, sans se laisser rebuter par les difficultés, fonda en 1874 un établissement de ce genre, et par sa conviction persuasive, par son honorabilité, surtout par les preuves péremptoires qu'il donna des bienfaits du système de Ling, sut se conquérir et lui conquérir l'estime des médecins auxquels il la fit connaître.

Brandt a eu l'idée d'associer la gymnastique de Ling à son traitement des maladies des femmes. Il l'a fait d'une intelligente et heureuse façon. On peut dire, tant les résultats sont encourageants, que les mouvements musculaires sont le complément indispensable du massage. Sans eux on n'aura dans bien des cas que des demi-succès, et ils sont capables à eux seuls de guérir certains troubles de fonction. *Ils agissent* **localement**, *sur les organes génitaux.* Je parle par expérience. Avant de les connaître, je me figurais qu'ils avaient tout au plus une action générale tonique, et j'étais disposé, à l'image des médecins allemands, à les rejeter comme un inutile *impedimentum*, ou à les abandonner aux hommes de profession. Je comprends aujourd'hui que c'est une grosse faute, née d'un jugement superficiel. On la commet d'autant plus volontiers que les mouvements musculaires exigent une véritable et toute nouvelle étude, et leur pratique une attention soutenue, sans parler de la dépense de force. Si

l'opérateur ou le malade sont distraits et agissent machinalement, la gymnastique se borne à des attitudes grotesques, à des gestes télégraphiques ridicules pour qui n'en saisit pas le sens, et ses effets sont nuls.

Je classerai les mouvements d'après l'interprétation physiologique très générale qu'on en peut donner, comme j'en résumerai autant que possible la description d'après le nom anatomique des groupes musculaires mis en jeu. Cette nomenclature me semble au point de vue didactique préférable à la terminologie suédoise d'ailleurs presque intraduisible. Ainsi, au lieu de dire : écart et rapprochement alternatif des cuisses, je dirai, si le groupe des abducteurs doit se contracter seul : mise en jeu des abducteurs avec résistance du médecin à l'écart des genoux et résistance du malade à leur rapprochement. De cette façon il n'y a pas d'erreur possible ; mais il faut savoir que les mouvements gymnastiques se montrent beaucoup mieux qu'ils ne se décrivent dans un livre ou se représentent par des figures.

La gymnastique gynécologique doit être divisée en trois séries de mouvements : la première décongestionnante des organes pelviens ; la seconde congestionnante ; la troisième destinée à fortifier la musculature pelvienne.

Je me bornerai, dans cette brochure, aux mouvements gynécologiques proprement dits, les plus essentiels faisant ressortir l'importance de la gymnastique comme moyen curatif local et génital ; mais il importe de savoir qu'à côté de ceux-là il en est d'autres relevant de la gymnastique générale suédoise qui employés avec le massage constituent un précieux secours contre les réflexes dont souffrent les femmes atteintes d'affections du bas-ventre.

Mouvements décongestionnants. — Dans cette série on fait agir isolément ou simultanément le groupe des abducteurs fémoraux et les muscles du dos. Médecin et malade sont tous deux actifs. L'effort général est interdit. La malade doit respirer librement. Les deux exercices les plus importants sont les suivants :

1° *Action réunie des abducteurs fémoraux et des mus-*

cles du dos. — La femme est couchée sur le dos dans l'attitude qu'elle prend pour le massage ; mais les pieds un peu renversés sur leur bord externe, se touchent et se fixent l'un contre l'autre par leur bord interne. Sur l'ordre du médecin, la femme soulève le siège en haut en prenant son point d'appui sur la nuque et les épaules. Elle se cale à droite et à gauche au moyen des coudes. Alors le médecin rapproche les genoux jusqu'au contact, la malade contractant les abducteurs fémoraux pour résister à l'effort de l'opérateur. Puis elle écarte les cuisses, le médecin résistant à son tour. Le va-et-vient est répété huit à dix fois, avec intervalle de repos s'il y a lieu. Le médecin est assis à gauche de la malade ; sa main droite embrasse le genou gauche, sa main gauche est posée à plat sur la face externe du genou droit et bien au milieu de façon à faire porter l'effort ou la résistance sur une large surface ; mais sans exercer de pesée. Si la malade exécute mal le mouvement, résiste par soubresauts, ou inégalement, une cuisse travaillant plus que l'autre, le médecin se mettra en face d'elle, un genou sur le canape, ou debout et courbé ; mais cette attitude est fatigante pour lui. La malade doit respirer librement. Ce n'est pas un effort général, c'est un effort local.

2° *Action des muscles du dos seuls.* — La femme est assise sur un tabouret au bord même du siège, jambes écartées. Elle se penche en avant et étend ses bras en avant et en haut, la tête en extension. Le médecin placé à une hauteur suffisante pour dominer la malade, saisit ses mains par le carpe, alors la malade fléchit les avant-bras et ramène les coudes très en arrière, les faisant passer à distance du corps. Le médecin résiste à ce mouvement, pendant lequel la malade efface la poitrine. Puis elle revient à sa première position. La manœuvre est répétée cinq ou six fois et toujours terminée en flexion des avant-bras. **Quand elle est bien exécutée, la malade éprouve une sensation de chaleur marquée le long de la colonne vertébrale dans la région dorsale.**

Mouvements congestionnants. — Dans cette série on n'a-

git pas sur des groupes musculaires isolés. On provoque l'afflux du sang vers le bassin par l'action simultanée de plusieurs groupes, par des attitudes fatigantes, par l'excitation directe, par l'effort, ou au contraire par des mouvements passifs. La malade est tantôt fortement active, tantôt inerte ou passive.

Voici quelques types de ces diverses variétés :

1° *Mouvement actif. Attitude fatigante. Effort.* — La malade, debout devant un siège, tabouret de hauteur moyenne, auquel elle tourne le dos, fléchit une jambe et pose la face dorsale des orteils sur le tabouret. Elle est donc en équilibre sur un seul pied. Le mouvement est composé de quatre temps : 1er *temps :* la femme se dresse sur la pointe du pied ; 2e *temps :* elle fléchit la jambe et la cuisse ; 3e *temps :* elle redresse la jambe et la cuisse ; 4e *temps :* elle pose le talon à terre.

Cet exercice se répète alternativement sur les deux membres. Il peut être exécuté par la femme seule qui alors place les mains sur les hanches en effaçant la poitrine et tenant la tête droite ; mais il est plus actif si les bras sont dressés verticalement au-dessus de la tête. Seulement l'équilibre devenant instable, la femme doit être légèrement maintenue à droite et à gauche, ou mieux encore par les deux mains qu'elle lève haut.

2° *Mouvement passif.* — La femme étant étendue sur le dos, à demi relevé, elle fléchit la cuisse sur le bassin. L'opérateur saisit le talon d'une main, la plante du pied s'appuyant sur l'avant-bras ; de l'autre main, il empoigne la jambe sous la rotule et fait exécuter des mouvements de circumduction à l'articulation coxo-fémorale, de dedans en dehors. Un aide maintient l'autre membre. L'exercice est répété alternativement sur chaque membre. Plus le cercle tracé par le genou du membre mis en rotation est régulier, meilleur est le gymnaste.

3° *Excitation directe.* — On l'obtient par la percussion dorsale et sacro-iliaque. C'est l'exercice décrit dans les livres

de massage sous le nom de hachures et tapotements. La percussion du dos se fait de haut en bas et de bas en haut à droite et à gauche de la colonne, à quatre ou cinq reprisés, avec le bord cubital des mains, poignet très souple, avant-bras et bras fixes, doigts écartés, l'auriculaire frappant le premier et par sa phalangette. Elle est précédée de deux ou trois passes rapides de haut en bas, de la paume des mains embrassant dans leur concavité l'épine dorsale.

Pour la percussion sacro-iliaque on se sert du poing lâchement fermé. On frappe avec la face dorsale des phalangettes, à trois reprises différentes et dans trois directions : oblique, sacrée et transverse : 1° de la crête iliaque droite ou gauche au côté correspondant de la pointe sacrée ; 2° sur la crête sacrée de la base au sommet ; 3° sur la base du sacrum. **Le poignet doit être délié, les coups toujours fermes, quelquefois forts, mais élastiques, point trop rapides et donnés avec d'autant plus d'insistance qu'on veut produire plus de congestion.** Pendant la percussion sacro-iliaque, l'opérateur, placé à gauche de la malade, soutient le bas-ventre de sa main libre. **La femme est debout et droite, les mains appliquées au mur, les jambes écartées.**

Mouvements développant la musculature pelvienne. — Destinés surtout aux prolapsus, ils consistent : 1° dans la mise en jeu des adducteurs fémoraux et du plancher périnéal ; 2° dans les excitations directes.

1° *Action des adducteurs fémoraux et du plancher périnéal.* — La position de la femme et du médecin est celle que j'ai décrite pour le jeu des abducteurs. Seulement le médecin résiste au rapprochement et non à l'écart des genoux. Brandt et le professeur Preuschen disent que dans cet exercice le releveur se contracte. Cela est probable, en effet, puisque par le rapprochement énergique des cuisses on a la sensation nette d'une contraction des muscles périnéaux inférieurs. Brandt recommande aux malades atteintes de prolapsus du rectum, de croiser plusieurs fois par jour les jambes et d'exécuter le mouvement qu'on fait pour retenir une selle. Même

conseil pour le prolapsus utérin. La clinique nous enseigne que certaines femmes, dont le périnée est à peine entamé, ont la sensation d'une insuffisance de soutien et un degré variable de prolapsus, tandis que d'autres ont un cloaque, avec déchirure de quatre ou cinq centimètres de la cloison, sans que l'utérus s'abaisse d'une ligne. Cela prouve que la couche musculaire du périnée joue un rôle secondaire dans le maintien des organes génitaux, mais elle joue un rôle et c'est sur elle qu'agit la gymnastique de Brandt.

2° *Excitation directe.* — On l'obtient par la percussion dorsale et sacro-iliaque que j'ai décrite plus haut ; **mais la femme n'est plus en station verticale**. Elle est sur pieds, mais tellement penchée en avant, qu'elle tomberait si elle n'avait un appui pour ses mains, et la percussion est pratiquée rapidement, sans insistance. Ce n'est plus une excitation forte qu'on cherche, mais une excitation légère, et partant un effet directement opposé, la contraction et non la dilatation des vaisseaux, la décongestion et non la congestion.

La femme conserve ses vêtements, dénoués, dégrafés, flottants, pendant les exercices gymnastiques. Ils se pratiquent d'ordinaire par séries, toujours terminées et quelquefois interrompues par ce qu'on appelle mouvement indifférent ou de repos, c'est-à-dire, par exemple, quelques mouvements respiratoires passifs, profonds qui procurent une sensation de détente et de bien-être.

Les exercices appliqués par Brandt à la gynécologie sont nombreux. *Ils exigent de la part de l'opérateur du savoir, de l'expérience et surtout* **une constante attention** ; *de la part de l'opérée plus d'intelligence qu'on ne croirait* et la **même constante attention**. Autrement, ce sont, je le répète, d'inutiles et ridicules gestes télégraphiques. J'insiste encore sur ce point. La première fois que j'en ai été spectateur, je n'ai pu me défendre d'une grande incrédulité. Quand je les ai expérimentés, mon scepticisme s'est évanoui. Leur puissance est remarquable ; **mais il faut qu'ils soient bien exécutés** Un

des médecins qui se sont le plus occupés de cette gymnastique, le Dr Lindblom, m'écrivait récemment à ce sujet : « l'effet des mouvements est d'ordinaire excellent; quelquefois il est nul ». Ai-je eu personnellement ce qu'on appelle, série heureuse? Je ne sais, mais je pense actuellement que, dans les cas où l'effet est nul, les mouvements sont mal exécutés. Je dis mal exécutés, je ne dis pas mal donnés, puisque le Dr Lindblom opère à l'Institut central de Stockholm, d'où sortent les meilleurs gymnastes. J'ai remarqué que quelques malades, nerveuses, molles, peu attentives, arrivent avec peine à une bonne exécution, quand elles y arrivent. Il faut que le médecin soit très patient, jamais pressé d'en finir et sache enseigner. De plus, dans certains cas, en particulier dans les hémorrhagies, les exercices doivent être répétés deux et trois fois par jour. C'est du moins ce que j'ai fait et je m'en suis bien trouvé.

V. — Effets physiologiques du traitement.

A) Massage. — Le premier, parfois le seul effet du massage même inexpérimenté, mais prudent, est la disparition de la douleur. J'insiste de nouveau sur la propriété analgésique de l'opération bien conduite. La douleur qu'elle fait subir doit être aisément supportée et cesser en même temps que l'opération. Un massage dans lequel la force est employée d'emblée, outre les inconvénients locaux auxquels il expose, produit durant les heures qui suivent la séance, des troubles généraux : courbature, sueurs froides, tremblements. Tout cela est évité par ce que j'ai appelé préliminaires analgésiques. Comment agit-on ? Sans nul doute sur l'innervation et le système circulatoire, mais ce massage préparatoire est parfois si superficiel, que je me demandais lors de mes premiers essais, si en réalité j'avais une action quelconque. Tous ceux qui m'imiteront se poseront la même question, et, après quelques séances, se rendront à l'évidence. Je crois qu'on

agit non seulement par la main extérieure, mais par le doigt qui touche. Il ne fournit pas seulement un point d'appui. Lorsque j'ai visité les salles de massage de l'Institut central de Stockholm, j'ai été très frappé du fait suivant : Une malade était assise devant un élève qui appuyait sur la région du cœur, la pulpe de trois doigts. Tous deux étaient plus immobiles que des statues. Je demandai au Dr Levin qui m'accompagnait, pourquoi on prolongeait ainsi ce qui me semblait être une simple exploration. « Ce n'est pas une exploration, me répondit-il, c'est du massage » ; et lisant sur mon visage plus que de la surprise, il posa lui-même la pulpe de trois doigts sur la face dorsale de ma main. Je perçus aussitôt dans la profondeur des tissus une sensation de *thrill* caractéristique. Impossible cependant de saisir la plus légère vibration apparente des doigts. Puis il me conduisit près d'une malade et me dit de prendre son pouls que je trouvai petit et irrégulier. Le Dr Levin appliqua ses doigts à nu à gauche du sternum, et peu après, les pulsations se régularisaient, prenaient de l'ampleur, et diminuaient de fréquence. Tous ceux qui ont visité l'Institut central de Stockholm, ont été témoins de faits analogues. Je suppose que dans le massage des organes génitaux le doigt intérieur, bien qu'immobilisé, agit par une vibration inaperçue, analogue à celle dont je viens de parler.

Quoi qu'il en soit, alors même que la main extérieure et le doigt qui touche ne se transmettent aucune sensation parce que les tissus sont trop douloureux pour être déprimés, ils opèrent efficacement l'un et l'autre et probablement l'un par l'autre. J'ai toujours vu, jusqu'à présent, par le massage préliminaire, les réflexes exaltés se calmer. J'admets qu'il y ait une part à faire à l'accoutumance ; mais il y a certainement effet analgésique. Il convient même d'ajouter antiphlogistique. L'opérateur sent quelquefois dès la seconde ou troisième séance, d'ordinaire après plusieurs, mais en tous cas d'autant plus vite que l'affection est plus récente, un changement de consistance des masses paramétritiques. Il y

a déplétion vasculaire lymphatique et sanguine, à condition que le traitement soit bien conduit, car l'opérateur est maître de congestionner ou décongestionner le pelvis, soit par le massage, soit par les mouvements musculaires.

Par un massage léger, superficiel et court, on excite les vaso-constricteurs, on empêche les stases sanguines, on précipite les courants. Par un massage vigoureux, on produit l'effet contraire. On augmente les hémorrhagies, on paralyse momentanément les vaisseaux. Le Dr Lindblom (1) dans une brochure où il a minutieusement décrit l'augmentation de volume de l'utérus par le massage, s'étonne de ce que l'hémorrhagie s'arrête malgré la congestion de l'utérus. Il me semble que l'explication que je viens de donner est plausible. En tous cas, elle est d'accord, aussi bien que mes observations, avec des faits connus et incontestés.

J'ai observé les phénomènes suivants, dans les cas de métrorrhagies : au moment où l'index est introduit, sa pulpe appliquée dans le cul-de-sac vaginal droit, perçoit les battements de l'artère utérine dont les pulsations sont énergiques. Après un massage court, et très léger, une sorte d'effleurage de la face utérine postérieure, les pulsations sont moins fortes, puis elles disparaissent et ne peuvent plus être perçues par le toucher seul ; mais elles reparaissent par l'exploration bimanuelle, en comprimant l'organe entre les deux mains. A l'affaiblissement des pulsations, correspond une contraction de l'organe ; à leur disparition, une diminution de volume qui peut être de moitié, même pour un utérus petit. A ce moment l'organe est mou ; on dirait que les parois se sont vidées. Que le massage soit léger et bref, qu'il soit fort et prolongé, on observe dans les deux cas, à de rares exceptions près : 1° une turgescence, une sorte d'érection de l'organe qui s'élargit et dont les cornes s'accusent ; 2° une contraction pendant laquelle l'utérus se rapproche de la

(1) Publication allemande : « *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* ». Band XXII. Heft 1.

forme sphéroïdale; 3° une diminution parfois considérable de l'utérus redevenu mou. Ce dernier phénomène est d'autant plus marqué, et plus prompt à paraître, que le massage a été plus léger et plus rapide. Donc dans les deux sortes de massage, léger et fort, on congestionne au début, mais dans la première sorte la déplétion est rapide.

On doit tirer parti de cette notion pour le traitement des métrites hémorrhagiques ; elle explique comment Brandt, en bon clinicien, recommande en pareil cas la légèreté de main. *Elle explique encore comment ceux qui confondent massage et pétrissage, ont pu écrire que le traitement augmentait les écoulements menstruels et abrégeait la période intercalaire, tandis que c'est le contraire qui est vrai, lorsqu'on sait conduire l'opération,* **et qu'on pratique le traitement complet, massage et gymnastique.**

Quant aux exsudats, ce n'est pas seulement par le degré de force employée qu'on les congestionne ou décongestionne, c'est surtout par le massage central et périphérique. Ce dernier ouvre et prépare les voies efférentes qui restent fermées, si on agit sur le centre de la tumeur, d'emblée. Lorsque j'ai commencé à pratiquer le traitement de Brandt, je ne m'expliquai pas pourquoi des tumeurs œdémateuses paramétriques, tantôt grossissaient, pendant la séance, tantôt disparaissaient au point de s'évanouir presque complètement. C'est en analysant ma manière de procéder que j'ai compris l'importance du massage périphérique. Ces phénomènes de congestion et de décongestion, d'accélération et de régularisation, ou de ralentissement et de stase des courants, ont une importance capitale, et je conçois maintenant comment Brandt, avec sa main incomparable, ait pu tirer parti de cette observation pour tenter le développement d'utérus infantiles et y réussir, à ce qu'il m'a affirmé.

A ces effets sur l'innervation vasculaire et par un naturel contre-coup s'ajoutent d'autres effets sur la fibre musculaire et sur les muqueuses. On sent sous la main l'utérus et les trompes hypertrophiées se contracter. On assiste à la modi-

fication des sécrétions du corps et du col, à l'involution et régression de l'organe. Ce n'est pas tout, on agit puissamment sur **les ligaments dont l'intégrité au point de vue des libres fonctions de l'appareil génital est aussi importante que l'intégrité de la plèvre pour le jeu des poumons.** Le massage résout les exsudats, des extensions prudentes allongent ou détachent certaines adhérences, et l'élévation rend au système suspenseur utérotubo-ovarien, sa tonicité.

B) Élévation. — Les effets physiologiques de l'élévation se résument en effet, à mon sens, dans le rétablissement de la tonicité ligamenteuse à laquelle il convient d'ajouter pour les prolapsus, l'involution de l'utérus hypertrophié, par le retour de la circulation normale.

La contraction des appareils ligamenteux qui relient l'utérus au bassin est indiscutable. Boivin, Deville, Hélie (de Nantes), Luschka, Rouget, Spiegelberg ont démontré l'abondance des fibres musculaires et décrit leurs nappes et faisceaux, augmentés de nombre et de volume pendant la grossesse. Velpeau affirmait l'action des ligaments ronds. Thévenot a mis la chose en lumière dans un mémoire très intéressant. J'ai moi-même publié plus de vingt observations personnelles (1) qui prouvent cliniquement le fait ; mais il ne faut pas limiter l'action contractile aux ligaments ronds qui, à mon avis, ne jouent pas de rôle prépondérant. Cette action s'étend à tout le système qui enveloppe l'utérus comme le filet enveloppe un ballon. Il ne faut pas davantage croire qu'elle se manifeste seulement pendant la grossesse ; elle existe pendant la vacuité utérine. La gravidité la développe ou la diminue, mais ne la crée pas.

J'ai parlé à diverses reprises, en décrivant l'élévation, d'extensions prudentes, arrêtées au point précis où la résistance commence, ou qui la dépassent très doucement, et de vibrations légères. Que fait-on pendant l'élévation?

---

(1) Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide. *Union médicale*, 5, 7, 12 juillet 1887.

Dans le premier temps — ascension — tantôt on suspend la manœuvre au moment où la tension se manifeste, en la maintenant un court espace de temps, cinq ou six secondes. Tantôt on la dépasse si un allongement est nécessaire mais très graduellement. Dans le second temps — abandon — on laisse aller l'utérus tantôt rapidement tantôt lentement. Enfin on exécute de légères vibrations. Que fait-on? Dans le premier cas on réveille la contractilité. Les cinq secondes de tension, la descente rapide, les vibrations jouent le rôle d'un stimulant. Dans le deuxième, par des élongations parésiantes, on lutte contre la contracture.

C'est en effet une erreur de restreindre l'élévation au prolapsus utérin et aux déviations. Étant donnée la constitution anatomique de l'appareil suspenseur, je rappelle au point de vue anatomo-pathologique combien il est rare dans les dissections et autopsies de trouver le système génital sans altérations et sans adhérences, au point de vue clinique, combien on est fréquemment consulté par des femmes qui souffrent et chez lesquelles une exploration sans finesse, ne découvre rien ou peu de chose, et une exploration délicate, des roideurs, des duretés, des épaississements, des tiraillements douloureux, là où doit régner la souplesse et où l'étirement ne doit pas causer de souffrances, je rappelle enfin, au point de vue physiologique, ce que j'ai dit plus haut, qu'à mon sens l'intégrité de la séreuse utéro-tubo-ovarienne avait l'importance de l'intégrité de la séreuse pulmonaire et l'on comprendra le rôle capital que joue la manœuvre de Brandt. L'élévation, par ses extensions mesurées, contribue à cette *libération des organes*, sans laquelle il n'y a point de santé génitale, et qui est à mon avis l'un des bienfaits du traitement. Elle substitue la contraction au relâchement, l'élasticité à la contracture. C'est le retour à la tonicité sans laquelle il n'est point d'innervation ni de circulation normales.

C) Gymnastique. — Les mouvements musculaires dont l'action est locale, sont dérivatifs ou congestionnants. Je ne veux pas sortir de ces généralités physiologiques et préfère

démontrer simplement le bien-fondé de cette classification en disant à quels résultats cliniques ils m'ont conduit. On comprendra alors *pourquoi je les prône et quelles raisons j'ai d'en avoir bonne opinion.*

VI. — Résultats cliniques du traitement.

Pour être au clair sur l'efficacité de la gymnastique, **comme moyen curatif local,** j'ai pensé qu'il n'y avait rien de mieux que de traiter *par elle seule* des cas d'irrégularités menstruelles. Il s'agissait de femmes ou de vierges mal réglées et, dans la majorité des cas, de menstruation trop fréquente. Parmi elles je signale une femme soignée depuis quatre mois par le repos absolu au moment des époques que quinze jours à peine séparaient. Lorsqu'elle se levait, l'écoulement augmentait et avait peine à tarir. Un seul exercice gymnastique fut institué, celui des abducteurs fémoraux et des muscles dorsaux, mais bien exécuté et cela trois fois par jour. Dès le premier mois l'écoulement ne reparut qu'à l'époque normale (vingt-huitième jour) et ne dura que cinq jours au lieu de huit ou dix. Il y eut une sorte de lutte vers le vingtième jour, le molimen hémorrhagicum fit apparition, mais non pas le sang. Le mois suivant les mouvements furent exécutés sans soin puis abandonnés par la malade qui se croyait régularisée pour toujours. Le sang reparut le vingt-deuxième jour et elle se mit au lit. Je fis reprendre de suite les mouvements et lui dis de se lever. L'écoulement dura cinq jours et depuis la menstruation s'est régularisée. Je pourrais citer encore d'autres faits. Je me contente d'ajouter que la même gymnastique a réussi d'emblée sur plusieurs jeunes filles inutilement traitées par les médicaments et l'hydrothérapie, et je dirai tout à l'heure comment j'ai vu le massage employé seul échouer dans des cas de métrorrhagies et réussir dès que les mouvements dérivatifs lui vinrent en aide. *Bref, bien*

que je ne sois pas encore au clair sur certains points du traitement de Brandt, je le suis, de par les faits, dès maintenant sur la **valeur curative locale de la gymnastique. Elle constitue un puissant moyen thérapeutique.**

Je me propose de publier *in extenso* mes observations prises au jour le jour, en notant ce que je faisais ou constatais. C'est, je crois, avec la démonstration clinique et orale, le meilleur moyen d'enseigner la technique du traitement; mais ici je me bornerai à indiquer les résultats.

Après mon premier voyage, j'ai débuté dans la pratique par des cas simples, propres à exercer la main. A cette époque j'étais disposé, comme beaucoup de ceux qui ont abordé la même étude, à considérer le massage non seulement comme la partie capitale du traitement, mais comme la seule qui eût quelque importance. Les cas que j'ai traités alors l'ont donc été par le massage seul. Il s'agissait d'utérus en subinvolution avec métrorrhagies, et de rétroversions mobiles mais douloureuses.

La première métrorrhagie que j'ai soignée avait pour origine probable une fausse couche datant de trois mois. Après un léger retard de règles la femme avait perdu du sang et quelques caillots, ce qui ne lui arrivait jamais ; croyant au retour de la menstruation, elle ne s'était pas alitée. La conséquence fut que l'utérus continua à saigner par intermittence. Je commençai par un traitement justement réputé : injection d'eau à 48°, repos absolu et prolongé pendant six semaines. Les accidents suspendus pendant le repos, reprirent lorsque la malade se leva. C'est alors que je la soumis au massage en lui laissant liberté d'aller et venir. Le traitement dura cinq semaines environ et ne fut pas quotidien. Le massage était mal pratiqué, à la mode allemande, debout avec deux doigts introduits dans le vagin ; je déployai trop de force au début, ce qui produisit des troubles de l'innervation. Le résultat fut néanmoins excellent. Les pertes disparurent et ne revinrent pas. Depuis, la menstruation s'est rétablie avec régularité. Le volume général du ventre diminua, et la femme

affirme qu'elle a une liberté et une légèreté de mouvements qu'elle n'avait pas eues depuis ses premières couches, qui remontent à trois ans.

Après ce succès, je m'enhardis et me persuadai que nulle métrorrhagie par subinvolution ne résisterait à mes doigts. J'eus promptement la preuve du contraire. Mon traitement était incomplet et de plus j'ignorais les sages préceptes de Brandt. Depuis mon retour, j'ai modifié ma pratique et j'ai réussi rapidement dans trois cas de métrite hémorrhagique, mais encore trop récents pour que je les considère comme acquis. Je ne suis pas éloigné de croire aujourd'hui que j'aurais pu abréger la durée du massage chez la première malade dont j'ai parlé et même la guérir par les mouvements musculaires seuls employés dès le début, et lui épargner six semaines de lit et quantité d'injections. J'ai vu à Stockholm une femme qui avait été curettée trois fois et que le massage employé seul améliora, mais qui ne fut guérie qu'avec le secours des mouvements musculaires dérivatifs.

Je me suis attaqué à des cas dans lesquels l'intervention chirurgicale légère ou grave avait été proposée ou était proposable. J'ai cité les trois cas de métrite hémorrhagique. Ils étaient justiciables du curettage, en particulier celui d'une femme qui perdait depuis sept mois, peu à la fois mais presque continuellement. Elle se disposait à se rendre à l'hôpital pour être opérée. L'utérus était gros comme un très gros poing et mollasse. Le lendemain de la première séance, il était diminué de moitié, et le sang arrêté. La guérison acquise après six semaines se maintient depuis deux mois. Je ferai en outre remarquer que cette femme, qui se disposait à quitter son travail de domestique, n'a pas quitté sa place et sauf le frottage des parquets, que j'ai interdit, a continué son service du matin au soir sans interruption.

Je joins à ces faits celui d'une métrite catarrhale avec ulcération profonde du col, grande comme une pièce de deux francs, vouée à l'opération de Schrœder. Le traitement a commencé il y a cinq semaines. A la septième séance

j'ai été très surpris de voir que l'ulcération avait complètement disparu. Elle n'a pas reparu ; mais le catarrhe n'est pas encore tout à fait guéri. Le traitement a été quotidien.

J'ai, par contre, complètement échoué dans mes essais de maintien en antéversion d'utérus rétroversés, mobiles mais douloureux. Le seul résultat a été l'atténuation puis la disparition de la douleur, c'est quelque chose s'il est acquis pour un certain temps. Je dois dire que le traitement a été incomplet car n'ayant pas encore d'aide expérimenté, je m'abstenais de faire l'élévation. Or, c'est par elle que Brandt réussit en pareil cas. Il y met une ténacité particulière, fort louable, puisque l'utérus rétroversé, même non douloureux constitue une vulnérabilité. Suivant lui, la durée du traitement est très variable et l'échec possible. Josephson (voy. Index), regarde le succès comme très problématique ; mais, dans ses expériences, il s'est, en général, *lassé* plus vite que Brandt. *Le maintien de l'antéversion serait plus souvent obtenu quand la rétroversion était fixe.* (Communication de Brandt et de Lindblom.) C'est, il me semble, une question de vitalité et de ressort des ligaments parfois difficile à trancher d'emblée.

J'ai actuellement en cours de traitement six cas de périmétro-salpingites. Je citerai seulement celui dans lequel la guérison complète me semble imminente. On va en juger.

Il s'agit d'une femme de 20 ans, accouchée en mars. Au commencement de mai, elle se rendit à la consultation de la Salpêtrière où on l'engagea à rester deux mois au lit et à se faire opérer si le repos absolu ne la guérissait pas. Je l'engageai à se confier à mes soins. La tumeur, grosse comme la tête d'un fœtus à terme, occupait la moitié droite du bassin. Elle partait du pli de l'aine et remontait jusqu'à l'ombilic. Elle adhérait à l'utérus. La sensibilité était très vive à la pression ; cependant cette femme pouvait faire de courts trajets à pied sans souffrir spontanément. Elle était pâle, amaigrie, sans appétit, allaitait son enfant, mais le biberon faisait les principaux frais de la nourriture. Je l'engageai à ne pas se-

vrer, conseil qui lui avait été déjà donné par son médecin. Au lieu de la mettre au lit, je lui dis de venir tous les jours me voir et de ne garder chez elle qu'un repos relatif. Le traitement, commencé le 19 mai, visait : 1° la disparition de la douleur ; 2° le diagnostic exact de la composition de la tumeur ; 3° sa disparition et la libération des annexes et de l'utérus.

Le massage analgésique exigea six séances et à ce moment je constatai sans difficultés que la tumeur se composait de trois parties distinctes ; la trompe, grosse comme le pouce dans sa partie moyenne mais régulièrement hypertrophiée de l'*ostium uterinum* au pavillon, longeait le bord supérieur de la paroi pelvienne antérieure. Un sillon la séparait du ligament de l'ovaire, hypertrophié lui-même, mais reconnaissable à sa consistance fibreuse, sans alternative de contraction et de relâchement. Il conduisait au seul point de la tumeur qui restât sensible. Là devait être l'ovaire, impossible à délimiter. Un exsudat volumineux coiffait comme un casque le pavillon, et ce que je présumais être l'ovaire, et descendait profondément et loin en arrière. Je ne pouvais atteindre que par le rectum les limites postérieures de la tumeur. L'utérus accolé à elle, inséparable, facile à distinguer par sa consistance propre, en latéro-version droite, n'était pas gros. Il avait bénéficié de l'allaitement.

Le massage curatif, auquel je joignis la gymnastique dérivative, fut mené de la façon suivante : Chaque jour, pendant six à sept minutes, trompe, exsudat, utérus étaient saisis à tour de rôle et massés avec prudence, la trompe de dehors en dedans, l'exsudat et l'ovaire périphériquement, puis centralement, l'utérus au point de soudure avec la tumeur. Dans la journée qui suivit le premier massage de la trompe, la malade, qui n'avait point de leucorrhée, perdit la quantité de deux à trois dés à coudre d'une matière caséiforme.

Le lendemain la trompe avait diminué de volume et se contractait énergiquement. Le même phénomène se reproduisit pendant quelques jours, mais surtout pendant les

séances. Je faisais contracter l'utérus et mon doigt revenait chargé de cette matière grumeleuse blanchâtre, qui s'accumulait dans sa cavité pendant la journée. Cette matière changea un jour de coloration ; elle était brune. Cette expulsion fut suivie de trois ou quatre gouttes de sang et depuis lors plus rien ne s'écoula. A la douzième séance la trompe avait diminué de moitié ; l'exsudat amolli perdait aussi du terrain et je sentais les contours de l'ovaire, gros mais insensible. L'utérus était toujours fixé. Il fut libéré et redressé à la quatorzième séance. A la vingtième, la trompe qui dans l'origine touchait la paroi antérieure du bassin, occupait le diamètre transverse. J'oublie de dire que dès le huitième jour de traitement, cette femme, qui mangeait à peine, dévorait et que son lait remontait en telle quantité que le biberon devenait inutile. Elle n'est pas encore tout à fait guérie. Il reste à libérer l'ovaire adhérent à la paroi postérieure.

J'ai été favorisé dans ce cas par l'origine récente de la tumeur, par sa mobilité relative, par sa disposition même et la facilité avec laquelle on saisissait les diverses parties. Enfin, la guérison est toute récente. Je ne veux pas la considérer encore comme radicale, mais quoi qu'il en soit, et tout en regardant le fait comme une exception, pour ne rien hasarder, mes vingt jours de traitement sans repos absolu ont bien valu les deux mois de lit de la Salpêtrière, en admettant qu'ils eussent abouti à un résultat analogue (1).

Je pourrais citer encore le cas d'un utérus fixé et douloureux depuis onze ans et que j'ai libéré, après disparition complète des souffrances ; mais, comme je l'ai dit, je préfère attendre les succès ou les demi-succès, ou les insuccès avérés et confirmés. Je m'engage à ne publier que des statistiques intégrales. Mon principal souci est de contribuer à faire la lumière sur la valeur d'un traitement qui est déjà, de par les faits, riche de promesses et de l'étudier à fond comme il en est digne. J'ajouterai seulement que je n'ai eu jusqu'à pré-

(1) Actuellement, j'ai un autre succès du même genre. Cinq semaines de traitement.

sent aucun accident, bien que je me sois décidé à traiter les salpingites même au moment des poussées péri-salpingitiques. Brandt, qui est la prudence même, m'a affirmé qu'il n'avait jamais eu à le regretter. D'ailleurs, dans aucun cas, il n'a eu d'accidents mortels. Cela prouve la bénignité du traitement bien conduit.

VII. — **Conclusions.**

La kinèsithérapie gynécologique (méthode suédoise de Brandt), par ses résultats cliniques, par ses exigences de diagnostic, par la dextérité qu'elle exige, par son innocuité relative, peut rendre les plus grands services.

Si la gynécologie telle qu'on la pratique aujourd'hui nous fait voir les bienfaits de l'antisepsie, elle nous montre aussi le revers de cette belle médaille. Le bistouri propre, est une invention dont il ne faut médire ; mais il me semble que moins on s'en servira pour les organes génitaux mieux cela vaudra, surtout chez les femmes jeunes, surtout en France, où la natalité n'est pas brillante.

Si la kinèsithérapie gynécologique délivre les femmes d'un certain nombre de drogues, de caustiques, des expectations prolongées dans le repos absolu, fait du couteau un objet de nécessité et non de choix, et dans certains cas complète et perfectionne les opérations, je crois qu'elles ne se plaindront pas, et que le nom du Suédois Brandt comptera parmi les initiateurs de la science et les bienfaiteurs de l'humanité.

Je souhaite pour ma part, qu'en France, entre mes mains et dans celles des autres, des succès bien confirmés, fassent honneur à Brandt et au pays ami qui lui a donné naissance.

Je me suis efforcé dans ce rapport de donner une idée juste quoique *sommaire* de ce traitement. Je ne me dissimule ni les insuffisances, ni les imperfections de mon mémoire ; mais tel quel, il peut rendre service. Voilà pourquoi je le publie. Pour le moment, malgré un an de recherches et de pratique qui représente un assez gros labeur, mon inexpérience rela-

tive et aussi une juste réserve scientifique, font que je réclame en terminant le droit de contredire dans la suite ce que ce travail peut renfermer de téméraire ou d'erroné. Je me borne donc aux quatre conclusions suivantes, qui me semblent aujourd'hui indiscutables :

1° Il est urgent que la méthode de Brandt — massage et gymnastique — soit mise à l'étude dans notre pays.

2° C'est exclusivement à elle qu'il convient d'avoir recours. On ne doit la modifier et perfectionner s'il y a lieu, que plus tard, quand on la connaîtra à fond, après expérience consommée. Toutes les méthodes similaires, en particulier les méthodes Allemandes, sont des procédés bâtards. Les résultats obtenus par elles prouvent simplement que le principe même du massage est génial, mais ils sont inférieurs à ceux du traitement Suédois.

3° La kinèsithérapie exige une main souple, des doigts longs, **une inaltérable patience**, la force contenue, la dextérité et la finesse du diagnostic. Ces deux dernières qualités se développent par la mise en pratique et la connaissance exacte de la méthode, — *qui ne s'apprend pas en un jour.*

4° Exercée avec prudence par des mains compétentes, la kinèsithérapie n'expose nullement les malades. Elle est fondée sur des succès cliniques, nombreux, anciens et confirmés. Par elle le nombre des opérations chirurgicales pourra être restreint.

5° La méthode de Brandt perfectionne l'art du diagnostic gynécologique. Elle peut être la source de découvertes physiologiques et pathologiques comme elle a été le principe d'une thérapeutique nouvelle.

BIBLIOGRAPHIE (1).

Th. Brandt. — *Om uterinlidanden och Prolapser.* Stockholm, 1864.

Levin. — Rapport lu à la Société médicale de Stockholm. *Hygiæa*, journal suédois, février 1865.

Th. Brandt. — Rapport à la Société médicale de Vestrogothie et de Småland, août 1866.

Th. Brandt. — *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin, et principalement des affections utérines*, avec trois illustrations. Paris, Cherbuliez, 1868.

Norström. — Communication à l'*Académie de médecine de Paris*, 18 janvier 1876.

Norström. — Thèse de Paris, par X..., présentée mais non soutenue 1876 (?).

Asp. — Om Lifmoder massage. Helsingfors. *Nord. med. Arkiv*, Bd X, nº 22, 1878.

Reeves Jackson. — Uterine massage as a mean of treating certain forms of enlargement of the womb. *Transactions of the Amer. gynecological Society*, V, 1881.

Rosenstein. — *Centralblatt für Gynäkologie*, V, 13, 1881.

Gussenbauer. — *Prag. med. Wochenschrift*, II, 3, 1881.

Heitzmann. — *Die Entzundung des Beckenbauchfells beim Weibe*, mit 77 Abbildungen. W. Braumüller, Wien, 1883.

Peters, Bunge, Bandl, Reibmayer, Winiwarter, Chrobak cités par Schauta et par Jentzer et Bourcart.

Th. Brandt. — *Gymnastiken såsom botmedel mot qvinliga underlifssjukdomar, jemte strödda anteckningar i allmän sjukgymnastik.* Stockholm. Albert Bonnier; Tryckt i centraltryckeriet, 1884.

Nissen. — Norks magasin for Lægevidenskalen. Vol. V, cahier 1-4 (cité par Mme Goldspiegel).

Prochownick. — Zur Behandlung alter Beckenexsudaten. *Deutsch med Wochenschrift*, 32-33, 1884. *Communication au congrès de Magdebourg.*

Prochownick. Die massage in der Gynäkologie. Ouvrage traduit en français (voyez plus loin).

(1) J'ai suivi autant que possible, dans cet index, l'ordre chronologique.

Reibmayr. — *Die Technik der massage*, 1884.

Profanter. — *Die massage in der Gynækologie*, mit einer Vorrede des prof^{rs} Schultze, in Iena, 34 abbildungen. Wien. W. Braumüller, 1887.

Skutsch. — *Fortschritte der medicin.* Berlin, 1 Juli 1887.

Resch. — Ueber die Anwendung der massage. *Centralblatt für Gyn.*, n° 32, 1887.

Resch. — Traduction du *Gymnastiken* de Brandt, 1868.

Preuschen. — Die schwedische Heilmethode in der Gynäkologie, von Prof. Preuschen in Greifswald, 1888 (?).

Preuschen. — Die Heilung der Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckensmusculatur und methodische Uterus Hebung. *Centralblatt für Gyn.*, n° 13, 1888.

Vuilliet. Journal de médecine de Paris, 1888, cité par Norström.

Preuschen. — Weitere drei Fälle von Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckens-musculatur und methodische uterushebung. *Centralblatt für Gyn.*, 1888, n° 30.

Lindblom. — Gymnastik Gyn. *Münchner med. Wochenschrift*, 46, 47, 48 1888.

Seiffart. — *Die massage in der Gynækologie.* Stuttgart, 1888.

Winawer. — Ueber die Th. Brandt'sche Methode, als Mittel die erkrankten Tüben palpiebar zu machen. *Centralblatt für Gyn.*, 1888, 52 ; *id.* Kronika Lekarska, 1889. Varsovie.

Fränkel. — Ueber meine Behandlung der Scheidengebärmutter Vorfälle.

Theilaber. — *Ärtz. Zeitschr.* Berlin, 1888, 10. Thure Brandt's methode. *Münch. med. Wochenschrift*, n° 27, 28, 1888.

Bum. — Traitement manuel des maladies des femmes. *Wiener med. Presse*, n° 40, 1888, n°s 1-2, 1889, cité par Jentzer et Bourcart.

Schauta. — Ueber gynäcologische massage. *Medicinische Wander-Vorträge.* Januar 1889.

Ott. — Massaj i gymnastika kak lietchebnyi sposob pri bolieznïak jenskoi polovoi sphery. *Vratch*, 1889, n° 6. Cité par Norström.

Semionikov. — Résultats obtenus à la clinique du prof. Slaviansky à Pétersbourg. Communication faite avec celle de Ott au 3e *congrès de médecins russes* (Norström).

Macnaughton Jones. — Communication à la *Société gynécologique de Londres*, 1889 (?). Norström.

Norström. — *Massage de l'utérus.* Paris. Lecrosnier et Babé, 1889.

Goldspiegel. — Traitement manuel des maladies des femmes. *Archives de tocologie*, 1889, Paris.

Gielsky. — *Centralbl. für Gyn.*, n° 14, 1889.

Weinenberg. — *Centralbl. für Gyn.*, n° 28, 1889.

Fellner. — *Klinische Zeitschr.* Wien, 1889. Bd III, 4, 11.

Weitere drei Fälle von Heilung des Vorfalles, etc. Centralblatt f. gyn 1888 p. 481.

traduit en polonais en 1885

Jentzer et Bourcart

Von Braun Fernwald. — *Klinische Beiträge zur manuellen Behandlung*. Wien, 1889.

Reibmayr. — *Unterleibs massage mit spec. Berücksichtigung der Anwendung in der Gynækologie*, 1889.

Fellner. — *Klinische Beiträge zur Brandt'schen Methode*. Wien, 1890.

Landau. — *Vortrag in der Berl. med., Gesellsch.*, 11 Juin 1890. (Analysé in Jentzer et Bourcart).

Freudenberg. — *Traitement des tumeurs abdominales* (Jentzer et Bourcart).

Ziegenspeck. — Ueber Brandt's Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. *Sammlung klinischer Vorträge*, nos 353-54. Leipsig, 1890.

Lindblom. — Beobachtungen über Veränderlichkeit in den weiblichen Beckenorganen. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*. Band XXII, Heft 1.

Norström. — *Traité théorique et pratique du massage*. Paris, Lecrosnier, 1891.

Josephson. — *Om den manuela behandlingen af gynäkologiska lidanden*, Stockholm. Isaac Marcus, 1891.

Stas. — Traduction française du livre de Resch. Anvers, Imprimerie Buschmann, rempart de la porte du Rhin, 1891.

Van Vliet. — *Massage en gynécologie*, 1890.

Jentzer et **Bourcart**. — *Gymnastique gynécologique, méthode de Th. Brandt*, 1891. Genève, H. Georg. Paris, Georges Carré.

Th. Brandt. Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten, mit 37 Abbildungen im texte. Berlin, H. Kornfeld, 1891.

Nitot et **Keller**. — *Massage en gynécologie*, traduction du traité de Prochownick, 1892. Paris, Doin.

Norström. — *Massage dans les affections de voisinage de l'utérus et de ses annexes*. Paris, Ve Babé, 1892.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE